

UNIVERSIDAD DE PANAMÁ

VICERRECTORÍA DE INVESTIGACIÓN Y POST GRADO

FACULTAD DE PSICOLOGÍA

MAESTRÍA EN PSICOLOGÍA CLÍNICA

INTERVENCIÓN TERAPEUTICA GRUPAL PARA PACIENTES CON

TRASTORNOS DE PERSONALIDAD.

UN ABORDAJE COGNITIVO ANALITICO.

ONEIDA RUÍZ

6-85-288

**TESIS PARA OPTAR POR EL GRADO DE MAESTRÍA EN PSICOLOGIA
CLÍNICA.**

PANAMÁ, REPÚBLICA DE PANAMÁ

2008

57

18 MAY 2010

Obsequio del Autor

053

**UNIVERSIDAD DE PANAMÁ
VICERRECTORIA DE INVESTIGACIÓN Y POST-GRADO**

**PROGRAMA DE MAESTRÍA EN PSICOLOGÍA CLÍNICA
FACULTAD DE PSICOLOGÍA**

**FORMULARIO DE PRESENTACIÓN DE PROYECTOS DE
INVESTIGACIÓN CONDUCENTES A LA TESIS DE GRADO.**

NOMBRE DEL ESTUDIANTE: ONEIDA LISBETH RUIZ CORTEZ

CÉDULA: 6-85-288

**TÍTULO: INTERVENCIÓN TERAPEÚTICA PARA GRUPO
DE PACIENTES CON TRASTORNO DE LA
PERSONALIDAD. ABORDAJE COGNITIVO-
ANALÍTICO.**

ASESOR: DR. ISAÍAS MADRID

FIRMA DEL ASESOR: _____

FIRMA DEL ESTUDIANTE: _____

APROBADO POR: _____

**DIRECTOR DE POSTGRADO DE LA VICERRECTORIA DE
INVESTIGACIÓN Y POSTGRADO**

FECHA: _____

DEDICATORIA

Dedico este esfuerzo de superación a Dios, por haber estado conmigo durante este trayecto de autodescubrimiento y superación.

A mi esposo y a mis hijos por su incondicional apoyo y comprensión en tiempos difíciles.

Y a las personas que fueron parte del estudio, ya que me brindaron sus experiencias de vida, con las cuales compartí y me motive para concluir esta meta.

AGRADECIMIENTO

Al Coordinador de la Maestría el Profesor Ricardo López, por su apoyo, y actitud positiva durante el desarrollo de la Maestría.

A mi guía paciente el Dr. Isaías Madrid, ya que me acompañó durante este largo trayecto de culminación.

A la profesora Graciela Álvarez por su apertura emocional.

A la Profesora Rebeca de Delgado por brindarme su calidez y alimentar en mí el espíritu de superación.

A la Profesora Ana Mascarín por el apoyo estadístico preciso e indispensable.

A mi colega Nancy Pineda por su apoyo moral y profesional.

A mi colega y amiga Iveth Pérez por su compañía a lo largo de las sesiones terapéuticas.

Y todas las personas de la Facultad que Dios puso en mi camino, y fueron guías y fuente de respaldo a lo largo de mi investigación.

INTERVENCIÓN TERAPEUTICA GRUPAL PARA PACIENTES CON TRASTORNOS DE PERSONALIDAD.

	Página
DEDICATORIA	i
AGRADECIMIENTO	ii
EXTRACTO	iii
ABSTRACT	iv
INTRODUCCIÓN	v
 CAPÍTULO I: MARCO CONCEPTUAL	 1
I. LA PERSONALIDAD Y SUS TRATORNOS	2
A. DEFINICIÓN DE PERSONALIDAD	2
1. Real Academia de la Lengua	2
2. Diccionario de Psicología Aplicada	2
3. Estudio experimental de los rasgos de Personalidad de W. Allport.	3
4. Conceptos de Personalidad según Sigmund Freud	5
 II. TRASTORNOS DE PERSONALIDAD	
A. EVOLUCIÓN DEL CONCEPTO	6
1. Hipócrates y los humores corporales	6
2. Comportamiento humano según Platón y Aristóteles	6
3. Teofrasto y los parámetros clínicos sobre las alteraciones de las formas de ser	6
4. La Frenología de Francis Galton	7
5. La Manía del Delirio de Pinel	7
6. La Insana Moral, Pritchard	7
7. Inferioridades Psicópatas, Koch	7
8. Personalidades Anómalas y Morbosa Kraepelin	8
9. Concepto de Psicopatía, Blewler	8
10. La Teoría del Psicoanálisis de Freud	8
11. Frank Alexander y el Padecimiento Neurótico	8
12. Kurt Schneider y las Personalidades Psicópatas	8
B. DEFINICIÓN DE TRASTORNOS DE PERSONALIDAD	9
1. Sigmund Freud	9
2. Ricard Bruno	9
C. LA PERSONALIDAD BORDERLINE	10
1. El Sujeto "Borderline"	10
2. Patrones de conducta de las personas con trastornos de personalidad	10
3. Kenberg y la personalidad "Borderline"	11
4. Entrevista diagnóstica	11
5. La teoría biosocial de Millon	12
 III. CLASIFICACIÓN DE LOS TRASTORNOS DE PERSONALIDAD	 12
A. CLASIFICACIÓN DE ACUERDO A LA ASOCIACIÓN AMERICANA DE PSIQUATRÍA	13

1. Grupo A	14
1.1. Trastornos Paranoide	15
1.2. Trastornos Esquizoide	16
1.3. Trastorno Esquizotípico	17
2. Grupo B	19
2.1. Trastorno Histriónico	20
2.2. Trastorno Narcisista	21
2.3. Trastorno Antisocial	23
2.4. Trastorno Límite	24
3. Grupo C	24
3.1. Trastorno Obsesivo-compulsivo	25
3.2. Trastorno por Dependencia	26
3.3. Trastorno por Evitación	27
IV. INTERACCIÓN ENTRE RASGOS ESQUEMÁTICOS DE UN TRASTORNO DE PERSONALIDAD Y EL MANEJO INTERPERSONAL	28
A. EL PATRÓN DE CARÁCTER	32
V. LA PSICOTERAPIA	35
A. LA PSICOTERAPIA BREVE COGNITIVO-ANALÍTICA	36
B. PSICOTERAPIA DE GRUPO	37
C. LA TERAPIA BREVE	38
VI. CAMPOS DE APLICACIÓN	38
A. CONTEXTOS PROTEGIDOS	38
1. Patología Autodestructiva	38
2. Trastornos Alimentarios	38
3. Patología Renal, asma, diabetes tipo I	39
4. Abusos Sexuales	39
5. Trastornos de Personalidad	39
6. Intervención en Parejas y Grupal	39
VII. ANTECEDENTES TEÓRICOS DE LA PSICOTERAPIA BREVE COGNITIVO-ANALÍTICA	40
A. PATRONES COGNITIVOS DISFUNCIONALES	41
1. Las Trampas	43
2. Dilemas	43
3. Pegas	44
B. EL MODELO DE PROCEDIMIENTO SECUENCIADO	45
1. Siete etapas de un procedimiento	46
C. EL MODELO DE LOS MÚLTIPLES ESTADOS DEL YO	47
1. Los Roles Recíprocos	49
2. Los Cambios de Estado Mental	50

CAPÍTULO II: METODOLOGÍA	58
I. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	59
II. OBJETIVOS	59
A. OBJETIVOS GENERALES	59
B. OBJETIVOS ESPECÍFICOS	60
III. PREGUNTAS DE INVESTIGACIÓN	61
IV. DISEÑO DE INVESTIGACIÓN	61
V. HIPÓTESIS DE INVESTIGACIÓN	62
VI. HIPÓTESIS ESTADÍSTICAS	62
VII. DEFINICIÓN DE LAS VARIABLES	63
A. VARIABLE INDEPENDIENTE	63
1. Psicoterapia Breve de Orientación Dinámica Cognitivo-	63
Analítica	
2. Características del Grupo Terapéutico	64
3. Descripción del Tratamiento	65
3.1. Primera Sesión	67
3.2. Segunda Sesión	70
3.3. Tercera Sesión	71
3.4. Cuarta Sesión	73
3.5. Quinta Sesión	75
3.6. Sexta Sesión	77
3.7. Séptima Sesión	79
3.8. Octava Sesión	80
3.9. Novena Sesión	82
3.10. Décima Sesión	84
3.11. Décima Primera Sesión	87
3.12. Décima Segunda Sesión	88
3.13. Décima Tercera Sesión	90
3.14. Décima Cuarta Sesión	91
3.15. Décima Quinta Sesión	92
3.16. Décima Sexta Sesión	93
3.17. Décima Séptima Sesión	94
3.18. Décima Octava Sesión	95
B. VARIABLE DEPENDIENTE	95
1. Resolución de Conflictos Interpersonales y Comportamientos Adaptativos	96
VIII. INSTRUMENTO DE MEDICIÓN	98
A. EL INVENTARIO CLÍNICO MULTIAXIAL DE MILLON (MCM-II)	99

IX. POBLACIÓN Y MUESTRA	101
A. UNIVERSO	102
B. MUESTRA	103
CAPÍTULO III: PRESENTACIÓN Y ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS	105
II. ANÁLISIS ESTADÍSTICO DE LA INVESTIGACIÓN	106
III. ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS	108
CAPÍTULO IV: CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	126
I. CONCLUSIONES	127
II. RECOMENDACIONES	133
BIBLIOGRAFÍA	135
ANEXOS	141
A. CITAS BIBLIOGRÁFICAS	143
B. PERFIL DE LAS CARACTERÍSTICAS DE LOS TRASTORNOS DE PERSONALIDAD	144
C. PROTOCOLO DE INVENTARIO MULTIAXIAL CLÍNICO DE MILLON (MCMI-II)	145

INDICE DE CUADROS Y GRÁFICAS

CUADRO/ GRÁFICO	PÁGINA
CUADRO # 1: ANTISOCIAL	105
GRÁFICA # 1: PUNTAJE OBTENIDO EN PRETEST VS PUNTAJE OBTENIDO EN POSTEST PARA RASGO ANTISOCIAL	106
CUADRO # 2: ESQUIZOIDE	107
GRÁFICA # 2: PUNTAJE OBTENIDO EN PRETEST VS PUNTAJE OBTENIDO EN POSTEST PARA RASGO ESQUIZOIDE	108
CUADRO # 3: FÓBICA	109
GRÁFICA # 3: PUNTAJE OBTENIDO EN PRETEST VS PUNTAJE OBTENIDO EN POSTEST PARA RASGO FÓBICO	110
CUADRO # 4: DEPENDIENTE	111
GRÁFICA # 4: PUNTAJE OBTENIDO EN PRETEST VS PUNTAJE OBTENIDO EN POSTEST PARA RASGO DEPENDIENTE	112
CUADRO # 5: HISTRIÓNICA	113
GRÁFICA # 5: PUNTAJE OBTENIDO EN PRETEST VS PUNTAJE OBTENIDO EN POSTEST PARA RASGO HISTRIÓNICO	114
CUADRO # 6 NARCISISTA	115
GRÁFICA # 6: PUNTAJE OBTENIDO EN PRETEST VS PUNTAJE OBTENIDO EN POSTEST PARA RASGO NARCISISTA	116
CUADRO # 7: AGRESIVO/SÁDICO	117
GRÁFICA # 7: PUNTAJE OBTENIDO EN PRETEST VS PUNTAJE OBTENIDO EN POSTEST PARA RASGO AGRESIVO/ SÁDICO	118
CUADRO # 8: COMPULSIVO	119
GRÁFICA # 3: PUNTAJE OBTENIDO EN PRETEST VS PUNTAJE OBTENIDO EN POSTEST PARA RASGO COMPULSIVO	120
CUADRO #9: PASIVO/ AGRESIVO	121
GRÁFICA # 3: PUNTAJE OBTENIDO EN PRETEST VS PUNTAJE OBTENIDO EN POSTEST PARA RASGO PASIVO/ AGRESIVO	122
CUADRO # 10: AUTODESTRUCTIVA	123
GRÁFICA # 3: PUNTAJE OBTENIDO EN PRETEST VS PUNTAJE OBTENIDO EN POSTEST PARA RASGO AUTODESTRUCTIVA	124

EXTRACTO

Este trabajo de investigación consiste en medir los efectos de una Intervención terapéutica para los trastornos de personalidad para Adultos empleando la Terapia Breve Cognitivo. Analítica. Los participantes fueron ocho (8) pacientes de Consulta Externa del Servicio de Psicología de la Policlínica Alejandro de la Guardia (hijo), los cuales reportaron conflictos a nivel de sus relaciones interpersonales y que además obtuvieron puntajes en el Inventario Clínico Multiaxial de Millon que también señalaban la presencia de Trastornos de Personalidad. Estos pacientes fueron tratados de manera grupal en un solo grupo con una evaluación de antes y después del tratamiento.

El tratamiento está fundamentado en 18 sesiones, las cuales se realizaron una vez a la semana por dos horas y media.

Los resultados no reflejan cambios significativos por los efectos del tratamiento a nivel general; pero sí se registraron modificaciones en ciertos Síndromes Clínicos de Personalidad una vez se concluyó la terapia. Los rasgos más sensibles al cambio fueron: Antisocial, Esquizoide y Fóbica, lo cual puede corresponder al hecho de que se realizó la terapia en Trastornos de Personalidad Diferentes y esto puede haber creado un sesgo a nivel de la efectividad terapéutica.

Este trabajo de investigación constituye un reto al desempeño de Psicólogos (as) Clínicos en Instituciones y Centros de Asistencia Social.

ABSTRACT

This investigative study consists of measuring the effects of therapeutic intervention for personality disorders for adults employing brief Analytic Cognitive Therapy.

The patients participating were out patients of the Psychological service of Policlinic Alejandro de la Guardia Jr, who reported interpersonal relationship conflicts and who obtained scores, in the Millon Multiaxial Clinical Inventory that also indicated the presence of Personality Disorders.

These patients were treated in group therapy in one group with evaluations before and after treatment.

The treatment was administered in eighteen sessions, one time a week for two and one half hours.

The results did not reflect significant changes resulting from the therapy at the general level, but modification in certain clinical personality syndromes were observed at the conclusion of the therapy.

The traits most easily changed were the following: Antisocial, Schizophe and Phobic.

INTRODUCCIÓN

A menudo la gente habla de personalidad como si se tratará de un producto, como una corbata de colores brillante que le diera vida a un traje viejo. No sólo esto, algunas veces hablamos como si la personalidad consistiera en rasgo atractivo y admirable: Efecto, encanto, honestidad.

Pero vemos que la personalidad es algo mucho más compleja de lo que indica el uso ordinario del término, e incluye tanto rasgos positivos como negativos.; pero es difícil elaborar una diferenciación amplia de lo que es la personalidad. Un concepto que actualmente podríamos utilizar es: Patrón de pensamientos y sentimientos ligados al comportamiento que persiste a lo largo del tiempo y de las situaciones. Todas las teorías de personalidad en general manifiestan que el comportamiento es congruente a través del tiempo y de las situaciones. Sin embargo, medir la personalidad, se asemeja en algunos aspectos a evaluar la inteligencia; pues se intenta cuantificar algo que no podemos ver ni tocar y en ambos casos una buena prueba, deber ser válida y confiable para la que la medición sea objetiva, ya que al evaluar la conducta lo que nos interesa es averiguar el comportamiento típico de un sujeto.

Aunque la gente siempre tiende a responder del mismo modo a una situación difícil, la mayoría es propensa a intentar otro camino si la primera respuesta no es eficaz. En contraste, las personas con trastornos de personalidad son tan rígidas que no pueden adaptarse a la realidad, lo cual debilita su capacidad adaptativa, sus patrones desadaptados de pensamiento y sus sentimientos se hacen evidentes al principio de la edad adulta, o frecuentemente antes y tienden a durar toda la vida. Son personas propensas a tener problemas en sus relaciones sociales e interpersonales y en el trabajo; por esta razón, en esta investigación nos hemos trazado como

meta medir la eficacia de la Psicoterapia Breve Cognitiva - Analítica en el tratamiento del trastorno de personalidad. Inicialmente evaluamos a cada paciente en forma individual para realizar el diagnóstico diferencial, ya que las personas con trastorno de personalidad se caracterizan por patrones fijos inflexibles y socialmente desadaptados, en los cuales hay una variedad de situaciones que considerar.

Nuestra investigación se desarrolla a partir del análisis de ocho (8) sujetos en busca de consulta Psicológica en la Policlínica Alejandro de la Guardia Hijo (Bethanía), a estos se les realizó una entrevista clínica donde se hicieron evidente conflictos a nivel de sus relaciones interpersonales, y además, se les aplicó el INVENTARIO CLINICO MULTIAXIAL DE MILLON (II), para completar su evaluación. El estudio se ha estructurado en cuatro capítulos, anexos y bibliografía, los cuales pasaremos a desglosar.

El capítulo primero corresponde al marco de referencia, en el mismo se presentan antecedentes de investigación, Ryle (1987, 1991, 1995, 2000), en Inglaterra y Mirapex (1994, 1996, 1998, 2000, 2003, 2004) en España, los cuales establecen que la psicoterapia breve de orientación cognitivo – analítica, se realiza en 16 sesiones, que pueden ser modificadas en cuadros graves, alargando su duración o bien reduciendo el número de las mismas según sea el caso (crisis existenciales).

Otra parte del capítulo es el marco conceptual, aquí se exponen los fundamentos teóricos de la personalidad refiriéndonos a definiciones del termino personalidad y las perspectivas más importantes sobre el abordaje cognitivo –analítico.

En el capítulo segundo se señala el marco metodológico de la investigación, en el mismo se exponen el planteamiento del problema, así como la definición del tipo de investigación, las hipótesis, las variables, la población y

sobre todo los instrumentos de evaluación ya mencionados.

El capítulo tercero corresponde a la presentación de los resultados y el análisis de los mismos; es decir, los que se encontraron una vez se realizaron las mediciones conductuales y emocionales y en los que se puso en práctica la técnica terapéutica, los mismos se presentan en cuadros y graficas, utilizando el estadístico de prueba T de Student para muestras pequeñas.

El capítulo cuarto corresponde al señalamiento de las conclusiones y recomendaciones a las que se llegó, luego de analizar si se presentaron o no en algunos rasgos de personalidad de los pacientes al recibir la medida terapéutica; además de las recomendaciones que se puedan ofrecer una vez concluido el estudio.

Finalmente se colocan los anexos, así como la bibliografía para llevar a cabo nuestra investigación.

CAPÍTULO I

MARCO CONCEPTUAL

I. LA PERSONALIDAD Y SUS TRASTORNOS

Debemos tener en claro conceptos esenciales que giran en torno a los trastornos de personalidad y en este momento nos referimos a los señalamientos que en tal sentido encontramos en una nutrida bibliografía.

A. DEFINICIÓN DE PERSONALIDAD:

La **personalidad** es definida por el diccionario de la Real Academia de la Lengua como: "Diferencia individual que constituye a cada persona y la distingue de otra."¹

Según el Diccionario de Psicología Aplicada la "personalidad" es definida como: "Estructura psíquica de cada individuo, la forma se revela por su modo de pensar y expresarse, en sus actitudes e intereses y en sus actos. Son patrones duraderos de percibir, relacionarse y pensar acerca del ambiente y de uno mismo. Los rasgos de personalidad son aspectos prominentes que se manifiestan en una amplia gama de contextos sociales y personales importantes. Los rasgos de personalidad sólo constituyen un trastorno de personalidad cuando son inflexibles y desadaptativos y provocan malestar subjetivo o déficit funcional significativo."²

Según, Ricardo Bruno, la personalidad suele ser el “patrón de pensamientos, sentimientos y conducta”³ que de manera individual presenta una persona durante toda su existencia.

Muchos autores como W. Allport (1922) en su tesis “Estudio Experimental de los rasgos de Personalidad” aportan aspectos importantes que complementan la definición como:

- ❖ Considerar la personalidad como efecto exterior que una persona causa en los demás.
- ❖ Definirla por su esencia y estructura.
- ❖ Considerarla como algo operacional: por las operaciones que produce.

De lo anterior Allport, concluye que la “personalidad es la organización dinámica, en el interior del individuo, de los sistemas psicofísicos que determinan su conducta y sus pensamientos característicos”⁴

Por tanto, como la personalidad es algo que varía o está en constante flujo (dinámica), es un asunto interno del individuo, se une por sistemas psicológicos determinantes que motivan la acción o sea que es operacional y que es innata.

La misma puede ser motivada por agentes biológicos o condicionamiento externo que le permite al ser humano captar el mundo dentro de su perspectiva y responder a él.

El ambiente proporciona elementos de interpretación, pautas para dar significado a las irregularidades de la personalidad.

Sigue diciendo Allport, que el individuo aunque nazca con ciertas características genéticas tanto físicas como espirituales se irá condicionando según los estímulos del medio y así construirá su propia personalidad.

Dentro de lo más importante de su estudio relata que la adecuación de su comportamiento requiere de aprendizaje, trabajo, convivencia y fuerza de voluntad, señalamiento apremiante y de inminente importancia en el presente estudio.

Por tanto, la personalidad al ser un factor dinámico cambia con la edad, la profesión u ocupación del individuo sujeto a los cambios del medio ambiente en donde se desenvuelve.

Se podría inferir con perfecta razón que la personalidad es el **“ser lo que somos y lo que podemos ser”**

La personalidad es entonces algo complejo que abarca cuestiones como la constitución física, la inteligencia, el temperamento y el carácter moral.

Depende pues de el desarrollo de las capacidades versus los elementos detallados en el párrafo anterior, aunadas a la creatividad, conducta y valores éticos; estos últimos implantados por los patrones de conducta impuestos por la propia sociedad.

Sí el ser humano logra estructurar de manera armónica e íntegra los aspectos básicos enunciados anteriormente podrá llevar una conducta firme y sólida.

Por otro lado, Sigmund Freud define personalidad como un grupo de condiciones psiquiátricas caracterizadas por patrones de comportamiento. Dimensiona la personalidad como la agrupación de impulsos inconscientes e impulsos conscientes como fundamento de la conducta humana. Dentro de sus estudios clínicos clasificó aquellos que no están dentro de los patrones de conducta aceptable como trastornos de personalidad.

En otras palabras, la personalidad es un conjunto de rasgos distintivos, estilos y patrones de comportamiento que conforman el carácter individual; también la

manera de percibir el mundo, las actitudes, los pensamientos y los sentimientos los que constituyen elementos integrantes de la personalidad.⁵

Por tanto, un **trastorno de la personalidad** puede ser entendido como un trastorno conductual que se caracteriza por provocar considerables problemas para la adaptación social. La persona que padece el trastorno de personalidad no siempre ni forzosamente se siente perturbada, pero en cambio, los demás a menudo la consideran perturbadora o molesta.

II. LOS TRASTORNOS DE PERSONALIDAD

A Evolución del Concepto.

A través de una relación histórica no podemos dejar a un lado el hecho de que uno de los primeros en hablar de sucesos relativos a la personalidad del ser humano y las características de los trastornos, fue Hipócrates hacia el año V A.C. Éste clasificó como "Bilis Amarilla", "Bilis Negra", "Sangre" y "Flema" los caracteres que conforman la personalidad del individuo y a éstos los denominó sencillamente como "humores".

También podemos resaltar que en la época de Platón y Aristóteles, pensadores de la edad de oro de la época griega, se tejieron muchas explicaciones en torno al comportamiento humano.

Teofrasto en el siglo III a.C. es el que mejor define sobre parámetros clínicos las posibles alteraciones de las personas según su forma de ser.

Después de lo anterior no encontramos ningún estudio acerca de la personalidad hasta el siglo XVIII cuando Francis Galton al instituir una ciencia “frenología” establece la relación posible entre las variaciones de nuestro cráneo y el comportamiento.

Para el año de 1801 Pinel, determina las conductas alteradas o fuera de lo normal como “manía del delirio” y posteriormente Pritchard en 1837 le da relevancia al concepto de “insanía moral” dando una explicación moral al asunto del comportamiento inadecuado del ser humano.

En el año de 1881 Koch habla de las “inferioridades psicópatas” influenciado por las teorías constitucionalistas, que se aproximan a los trastornos de la personalidad al hablar de “inferioridades psicópatas”.

Koch propone una clasificación extensa desde las almas impresionables, los sentimientos lacrimosos, los soñadores y fantásticos, los huraños, los apocados, los escrupulosos morales, los delicados y susceptible, los caprichosos, los exaltados, los excéntricos, los justicieros, los reformadores del Estado y del mundo (políticos), los tercos y porfiados, los orgullosos, los indiscretos, los burlones, los vanidosos y presumidos, los trotacalles, los

noveleros, los coleccionistas, los inventores, los genios fracasados y los no fracasados.

Siendo más específico aún Kraepelin en 1907 describe cuatro tipos de personalidad anómala o morbosa y seguidamente Bleuler en 1924 en sus estudios de psiquiatría es el primero en utilizar el concepto de “psicopatía” y lo relaciona como un defecto moral congénito o adquirido sugerido a trastornos mentales que van desde retraso mental a sujetos antisociales.

Finalmente ante estudios más aproximados a las patologías actuales Sigmund Freud da impulso a la teoría del psicoanálisis dando una explicación desde el punto de vista pansexualista y es Frank Alexander quién describe las propiedades del padecimiento neurótico.

En la misma línea de acción establecida por Freud se destacan Allport, Bowlby, y el escandinavo Sjobring, siendo Kurt Schneider (1934) el más destacado de los autores contemporáneos desde una perspectiva histórica con su obra “Las Personalidades Psicopáticas”.

De relevante importancia podemos mencionar a Eysenck, Millon, Kernberg, Siever, Cloninger, Beck, Freeman que han hecho aportes importantes a los trastornos de personalidad.⁶

Cuando una persona genera conductas inusuales o padece de comportamientos no estables dentro de su esfera de relaciones interpersonales y área de trabajo estamos ante un trastorno de personalidad.

B. Definición de Trastorno de Personalidad

Según Freud el trastorno de personalidad puede ser definido como un patrón permanente e inflexible de experiencia interna y de comportamiento que se aparta acusadamente de las expectativas de la cultura del sujeto, tiene su origen en la infancia y se manifiesta en la adolescencia o inicio de la edad adulta, es estable a lo largo del tiempo y comporta malestar o perjuicios para el sujeto y los que están a su alrededor.

El Diccionario de Psicología de Ricardo Bruno define el trastorno de la personalidad como: "Un trastorno de personalidad en general se caracteriza por ser un patrón de relación, percepción, comportamiento y pensamiento permanente e inflexible lo suficientemente serio como para causar angustia así como para impedir que quien lo padece se relacione plenamente con el entorno. Generalmente se manifiesta en la adolescencia o bien al principio de la edad adulta. El trastorno se mantiene estable a lo largo del tiempo, por lo que comporta malestar y perjuicios para el sujeto" ⁷

Al definir con claridad lo que es el "trastorno de personalidad" se desprende el interés por este tipo de patología.

C. La Personalidad “Borderline”

Los primeros en tratar este tema crearon grandes controversias y disputas en los años setenta. Por ende, la nomenclatura oficial y los criterios para el diagnóstico se tomaron mediante modelos empírico – descriptivos. Esto transgrede la posición de que el sujeto “ borderline” tiene características que oscilan entre la neurosis y la psicosis.

Empero y siendo sensatos con la historia, este peculiar rasgo de borderline fue conocido a principios de siglo como “límite” y fue utilizada por primera vez en el año de 1934 por Daniel Stem. Él describió a un grupo de pacientes que no obtenían provecho del psicoanálisis clásico y por lo tanto no encajaba en la categoría de neurosis o psicosis⁸.

Durante algunos años el término fue usado de forma coloquial por los psicoanalistas para describir pacientes que aun teniendo serios problemas de funcionamiento, no entraban dentro de las categorías diagnósticas y eran difíciles de tratar con los métodos psicoanalíticos convencionales.

Kernberg, Guderson y Lienehan en la década de los “80” y “90” basados en estudios anteriores empezaron a publicar estudios clínicos o manuales que

fueron de gran ayuda para captar los rasgos o patrones de conducta de las personas con trastornos de personalidad.

Los anteriores tratadistas sostienen que las personas con Trastornos de Personalidad tienen dificultad para adaptarse y aceptar las tensiones normales de la convivencia diaria y tienden a justificar sus acciones en vez de culpar a otros de no adaptarse a su mecanismo de acción.

En el abordaje del modelo psicoanalista juega un papel predominante los estudios de Kernberg (1975) el cual vislumbró una nueva estructura denominada “personalidad borderline” como algo estable y diferenciable en el cual el individuo no tiene síntomas estables sino variables con episodios de psicosis y neurosis.

Dada la complejidad del caso la población “borderline” la conforman aquellas que pueden integrar el marco de modelo biológico que son considerados síndromes clínicos y aquellos que se relacionan con la esquizofrenia, trastornos afectivos y trastornos cerebrales.

Guerderson (1984) categoriza otro grupo denominado como “ecléptico – descriptivo” en la cual desarrolló la entrevista diagnóstica para los trastornos “borderline” y es la misma que se utiliza hoy en día.

Por otro lado Beck (1990) considera el modelo cognitivo como resultado de esquemas y patrones cognitivos disfuncionales.

Otro modelo es la teoría “biosocial del aprendizaje” propuesta por Millon en 1987 en la cual el patrón borderline resulta del deterioro de patrones previos no tan graves.

De lo anterior Millon concluye que de acuerdo a los múltiples antecedentes y anamnesis de los pacientes borderline ésta se debe a la interacción recíproca de factores biológicos y de aprendizaje social que dan origen al trastorno y aunado a la tesis de modelo biosocial de Linehan (1993) explica los comportamientos como el resultado de errores dialécticos entre los polos opuestos que a menudo se mueve el borderline.⁹

No obstante Linehan difiere en algunos aspectos de los anteriores modelos o patrones elaborados por los anteriores estudiosos tales como el cognitivo, conductual y biológico.

Para el año de 1980 la Asociación Americana de Psiquiatría elaboró la tipificación o nomenclatura de DSM III para la denominación de “borderline”; sin embargo en la actual nomenclatura se conoce a estos casos como Trastorno Límite de la Personalidad.

El Trastorno Límite de Personalidad (TLP), también llamado Trastorno de Inestabilidad Emocional de la Personalidad constituye una variante alejada de lo que es habitual en la mayoría de personas en cuanto al conjunto de rasgos emocionales y conductuales constitutivos de la forma de ser. Además en el Trastorno Límite de la Personalidad dichos rasgos son inflexibles e impiden la adaptación del individuo al medio en el que vive.

III. CLASIFICACIÓN DE LOS TRASTORNOS DE PERSONALIDAD

La clasificación sugerida o más reciente que se hace de los trastornos de personalidad contemplada por la Asociación Americana de Psiquiatría¹⁰ presenta un aproximado de diez diferentes grupos que son:

GRUPO	TIPO DE INDIVIDUO
A	PARANÓICO / ESQUIZOIDE / ESQUIZOTIPICO
B	HISTRIÓNICO / NARCISISTA/ ANTISOCIAL / LÍMITE
C	OBSESIVO COMPULSIVO / DEPENDIENTE/ POR EVITACIÓN

GRUPO A

Trastorno paranoide: se caracteriza por un patrón de desconfianza y suspicacia que hacen que se interpreten maliciosamente las intenciones de los demás. Es una condición psiquiátrica caracterizada por sospecha y desconfianza extremas de los demás.

Según Belloch y Fernández – Álvarez (pp. 105) este tipo de persona es “desconfiada y suspicaz. Interpreta como maliciosos los motivos de terceros”.

Las causas del trastorno paranoide se desconocen pero en muchos casos es como un reflejo de familias con descendencia esquizofrénica, lo cual proviene genéticamente.

Los trastornos de personalidad paranoica se manifiestan son sentimientos de desconfianza hacia todas las personas y se pueden resumir como:

- ❖ Sensibilidad excesiva como respuesta a contratiempos y rechazos.
- ❖ Rencoroso a detalles como insultos o perjuicios.
- ❖ Se autoevalúan de manera excesiva.
- ❖ Dominantes y predisposición a desarrollar celos patológicos.
- ❖ Combativo y tenaz en la defensa de sus propios derechos.¹¹

El tratamiento suele ser muy difícil porque siente desconfianza del médico y si falla la terapia puede retroceder hasta un aislamiento social extremo y estallar en violencia.

Trastorno esquizoide: es aquel individuo de escasas relaciones interpersonales; de expresión emocional escasa o pobre.

Entre los factores que determina esta patología es que no desea ni disfruta de las relaciones cercanas; inclusive con su propia familia. Por tanto, evita las actividades sociales en donde tenga contacto personal.

Los trastornos generales de este tipo de patología son:

- ❖ Frialidad emocional lo que lo hace poco expresivo y limitada afectividad.
- ❖ Es indiferente a las críticas y a los halagos.
- ❖ Al ser frío es un individuo que inhibe el experimentar placer.
- ❖ Debido a lo anterior no es muy interesado en las relaciones sexuales.
- ❖ No tiene amigos íntimos.
- ❖ Se encierra en mundos ideales propios (ficticios).
- ❖ No gusta de seguir reglas dada su conducta excéntrica.¹²

Las personas con este trastorno rara vez buscan tratamiento. Es posible que la terapia con el uso del habla no sea efectiva dado que las personas con este tipo de trastorno tienen dificultades para relacionarse bien con los demás.

Este trastorno es una enfermedad crónica con un pronóstico desalentador y el aislamiento social característico a menudo impide que otros ofrezcan la ayuda o el apoyo que potencialmente podría mejorar el resultado.

Hay que anotar que los trastornos de la personalidad muchas veces pueden convertirse en crónicos y la causa específica de la conducta esquizoide se desconoce y puede variar.

Además, este trastorno puede asociarse con la esquizofrenia pero a diferencia de ésta no es incapacitante, ya que no está sujeto a alucinaciones, delirios ni desconexión total con la realidad.

Trastorno esquizotípico: Persona de comportamiento excéntrico, desconfiado, suspicaz y de interpretación maliciosa sobre el actuar de los demás. La causa de este patrón de conducta es aún desconocida.

Las principales características de este trastorno son:

- ❖ Comportamiento de apariencia extraña, excéntrica o peculiar.
- ❖ Tienden a vivir llenos de fantasías y creencias extrañas.
- ❖ Utilizan lenguajes raros aunados también a sus pensamientos o ideas.
- ❖ Experiencias perceptivas poco usuales.
- ❖ Carecen de amigos íntimos o de confianza.
- ❖ Son excesivamente sociables y no les basta con la familia.

A diferencia de los anteriores casos este paciente colabora bien con el proceso de entrevista y él es el primero en aceptarse tal cual es. Su capacidad intelectual es normal, más no así su lenguaje porque suele parecer extraño y a la vez poco comprensible.

Según Belloch y Fernández Álvarez (p.p. 130) “su expresión afectiva y emocional puede resultar inapropiada o extravagante”. También es anuente a que es considerado excéntrico por los demás y en muchos casos raro pero evita las razones porque él se considera normal.

GRUPO B

Trastorno histriónico: consiste en presentar un patrón de emotividad excesiva y de demanda de atención constante.

El trastorno de personalidad histriónica o en otras palabras histeria implica un patrón de expresión emocional y búsqueda de atención excesivas, incluyendo una desmedida necesidad de aprobación y una actitud de seducción inadecuada, que generalmente comienza en los primeros años de la vida adulta.

La causa de este trastorno es todavía desconocida, sin embargo, los acontecimientos de la infancia y la genética pueden estar implicados. Se presenta con mayor frecuencia en mujeres que en hombres, aunque algunos

piensan que esto se debe a que simplemente se diagnostica más en las mujeres, ya que socialmente es menos aceptable el hecho de llamar la atención y tomar la iniciativa sexual.

Las personas que lo padecen generalmente están en capacidad de desenvolverse en un alto nivel y son exitosos tanto social como laboralmente. Es posible que acudan en búsqueda de tratamiento para la depresión cuando sus relaciones sentimentales finalizan.

Aquellos que sufren de este trastorno a menudo no logran ver su propia situación en forma realista y tienden por el contrario a sobreactuar y exagerar. Además, generalmente culpan a otras personas de sus fracasos o decepciones.

Los rasgos más representativos de este tipo de trastorno son:

- ❖ Fácilmente sugestionable.
- ❖ Dramático y teatrero.
- ❖ Egocéntrico dada la necesidad de ser el centro de atención de los demás.
- ❖ Susceptible ante las críticas o negativas de los demás.
- ❖ Preocupado siempre por su apariencia física.
- ❖ Demanda continua de afecto.
- ❖ Manipulador por excelencia a fin de satisfacer sus propias necesidades.
- ❖ Emocionalmente variable.
- ❖ Exceso de confianza hacia los demás.¹³

La captación de este padecimiento es generalmente motivado por la depresión asociada con el fracaso en las relaciones sentimentales. Los medicamentos pueden ayudar con síntomas como la depresión. Sin embargo, este trastorno no afecta la interrelación laboral o social; pero los problemas a menudo se originan en las relaciones íntimas que requieren compromisos profundos.

Este tipo de persona es susceptible a no poder hacerle frente a las pérdidas y fracasos; como también su inestabilidad emocional los obliga a cambiar de trabajo frecuentemente dado que detestan lo estático.

Debido a que ellos tienden a anhelar la innovación y la excitación, se pueden involucrar en situaciones arriesgadas. Todos estos factores pueden llevar a un mayor riesgo de desarrollar depresión.

Trastorno narcisista: Este sujeto presenta un patrón de grandiosidad, necesidad de admiración y gran falta de empatía. Son personas que se caracterizan por una sensación exagerada de importancia y preocupación extrema en sí mismos.

Igual que las otras patologías se desconoce las causas pero los patrones de comportamientos son duraderos y ocasionan problemas en las relaciones interpersonales y el trabajo. Este trastorno se presenta en la edad adulta y resulta de la pérdida del interés por los sentimientos de los demás y son egoístas por completo.

Los rasgos más representativos de este trastorno son:

- ❖ Reacciona a la crítica con sentimientos de rabia, vergüenza o humillación.
- ❖ Se aprovecha de otros para lograr sus propias metas.
- ❖ Se considera importante.
- ❖ Exagera sus logros y talentos.
- ❖ Exhibe preocupación con fantasías de éxito, poder, belleza, inteligencia o amor ideal.
- ❖ Envidia los logros ajenos.
- ❖ Requiere atención y admiración constantes.
- ❖ Carece de empatía.¹⁴

Trastorno antisocial: Consistente en un patrón de desprecio y violación de los derechos de los demás.

Entre una de sus características está el hecho de que puede mostrarse cálida y amigable pero es complejo establecer una comunicación sincera porque es evasivo.

Las características que suponen un comportamiento antisocial son:

- ❖ Ausencia de empatía con los demás.
- ❖ Infringe la ley constantemente.
- ❖ Miente, roba y es desadaptado social.
- ❖ Carece de remordimiento o culpa sobre sus actos.
- ❖ Desde su niñez presenta resabios de trastornos de conducta.
- ❖ Baja tolerancia a la frustración.¹⁵

Los individuos con trastorno de personalidad antisocial a menudo están enojados y son arrogantes, pero pueden ser capaces de mostrar sensatez y encanto superficiales. En muchos casos tienden a adular y manipular las emociones de otros. Son propensos al consumo de droga y alcohol.

La personalidad antisocial se considera uno de los trastornos más difíciles de tratar. Los individuos rara vez buscan tratamiento por su cuenta y pueden iniciar una terapia únicamente cuando los obliga una corte.

Se ha notado que su punto máximo se da durante los últimos años de la adolescencia y que puede mejorar durante su maduración al llegar a los 40 años.

Trastorno límite: Aquel individuo con un patrón de inestabilidad de las relaciones interpersonales, su autoimagen y sus afectos. Es un padecimiento

caracterizado por acciones impulsivas, inestabilidad en el estado de ánimo y relaciones interpersonales caóticas.

Estos trastornos de personalidad son patrones de comportamiento crónico que deterioran las relaciones interpersonales y laborales. La causa exacta del trastorno se desconoce. La persona que lo padece se comporta de manera impulsiva en áreas que tienen un potencial de autodestrucción, como el consumo de drogas, el alcoholismo y otros comportamientos de riesgo.

Pueden también presentar dudas acerca de su identidad o imagen propia y tienden a ver las cosas en términos extremos, o todo es bueno o todo es malo. Estas personas igualmente se ven a sí mismas como víctimas de las circunstancias y su nivel de responsabilidad por ellos mismos o por sus problemas es bajo.

Los patrones de conducta de estos trastornos son:

- ❖ Manifestaciones frecuentes de irritabilidad inapropiada.
- ❖ Actos recurrentes de crisis como hacerse cortes en las muñecas, tomar sobredosis o automutilarse.
- ❖ Sentimientos de vacío y aburrimiento.
- ❖ Intolerancia a la soledad.

- ❖ Impulsividad con el dinero, el consumo de sustancias, las relaciones sexuales, el apetito desenfrenado y el hurto en tiendas.¹⁶

Estos trastornos de personalidad se diagnostican sobre la base de una evaluación psicológica, al igual que los antecedentes y severidad de los síntomas.

La conducta autodestructiva se puede modificar en ambientes terapéuticos y sociales, como en las terapias de grupo. El refuerzo de un comportamiento adecuado por parte de los compañeros puede ser más positivo que la asesoría individual porque las dificultades con las figuras de autoridad a menudo impiden el aprendizaje en tales situaciones. Además, la terapia de grupo puede ayudar a modificar conductas impulsivas específicas.

Como consecuencias personales inmediatas tenemos:

- ❖ Drogadicción.
- ❖ Intentos de suicidio.
- ❖ Trastornos en la alimentación.
- ❖ Depresión.

GRUPO C

Trastorno obsesivo-compulsivo: Este padecimiento se constata por un patrón excesivo de preocupación por el orden, el perfeccionismo y el control. Además, es una condición caracterizada por una preocupación crónica por las reglas, el orden y el control.

Según estudios realizados dentro de la psicología clínica y actualizada por Belloch y Fernández – Álvarez este trastorno tiende a ocurrir en familias y por lo tanto puede tener un componente genético. Así mismo, se presenta con más frecuencia en los hombres y no se debe confundir con el trastorno obsesivo-compulsivo (OCD), otra condición siquiátrica que comparte algunos síntomas con el trastorno de personalidad obsesivo-compulsiva.

Las personas que padecen el trastorno de personalidad obsesivo-compulsiva creen que sus preocupaciones son apropiadas. Estas personas tienden a ser exitosas, tienen un sentido de urgencia con relación a sus acciones y pueden desilusionarse en extremo si otros alteran sus rutinas estrictamente ordenadas.

Todos los casos muestran una actitud de perfeccionismo que generalmente comienza a principios de la edad adulta. Dicho perfeccionismo puede interferir con la capacidad para completar una tarea dada, debido a que no se pueden

satisfacer los estándares de rigidez. Las personas que presentan este trastorno se pueden aislar emocionalmente cuando no pueden controlar la situación.

Algunos de los signos comunes del trastorno de personalidad obsesivo-compulsiva son, entre otros:

- ❖ Personas perfeccionistas.
- ❖ No son tolerantes, por tanto tremendamente inflexible y dados a no perdonar.
- ❖ Preocupación por los detalles, reglas y listas.
- ❖ Todo lo quieren acaparar porque sienten que si no están presente no pueden controlar.
- ❖ Excesiva devoción por el trabajo.
- ❖ Poco cariñosos y secos en el trato.
- ❖ Dados a conservar todos los objetos que poseen, incluso aquellos que carecen de funcionalidad¹⁷.

A pesar que no es el mejor de los padecimientos no es el peor, puesto que las personas que padecen este trastorno al ser rígidos con los demás, lo son con ellos mismos lo que inhibe el uso de drogas, alcohol o fármaco. Empero comúnmente sufren de depresión y dificultad en las relaciones interpersonales.

Trastorno por dependencia: Presentados por aquellos individuos que tienen en una condición crónica que involucra una confianza exagerada en los demás para satisfacer las necesidades físicas y emocionales.

Igualmente, como en las anteriores patologías se desconoce y es una condición que suele aparecer al principio de la edad adulta.

Las personas que sufren este trastorno no confían en su propia capacidad para tomar decisiones. Es posible que se sientan devastados por la separación y por la pérdida y pueden soportar cualquier cosa, incluso el maltrato para conservar una relación.

Los signos más representativos de este padecimiento son:

- ❖ Incapacidad de tomar decisiones.
- ❖ Evasión de la responsabilidad personal.
- ❖ No les gusta sentirse solas.
- ❖ Sentimiento de desolación o de inutilidad cuando una relación termina.
- ❖ Incapacidad para satisfacer las exigencias habituales de la vida.
- ❖ Sentimiento de preocupación, con miedo de quedar abandonado.
- ❖ Se siente herido con facilidad por críticas o desaprobaciones.
- ❖ Extrema pasividad con otras personas.¹⁸

Cuando los cuadros del padecimiento se agudizan el individuo puede sufrir de: depresión, consumir alcohol o drogas en exceso, ser víctima de abuso físico, emocional o sexual.

Trastorno por evitación: es un patrón de inhibición social, sentimientos de incompetencia e hipersensibilidad a la evaluación negativa. Considerada como una condición siquiátrica caracterizada por un patrón vitalicio de timidez extrema, sentimientos de insuficiencia y sensibilidad al rechazo.

Este por evitación es un patrón de comportamiento crónico que causan serios problemas en las relaciones interpersonales y en el trabajo. La causa del trastorno de personalidad evasiva se desconoce.

Estas personas establecen relaciones interpersonales sólo si creen que no serán rechazados y están preocupados por sus propias limitaciones. La pérdida y el rechazo son para ellos tan dolorosos que prefieren la soledad antes que arriesgarse a involucrarse en una relación.

Los signos comunes de trastorno de la personalidad evasiva son entre otros:

- ❖ Sentirse fácilmente afectado por la crítica o la desaprobación.
- ❖ No tener amigos cercanos.

- ❖ Inseguridad e inferioridad permanente.
- ❖ Exagera los posibles riesgos o peligros a fin de no enfrentar las cosas cotidianas.
- ❖ Renuencia a involucrarse con las personas.
- ❖ Evitar actividades u ocupaciones que impliquen contacto con otras personas.
- ❖ Timidez en situaciones sociales por el miedo de cometer un error.
- ❖ Exageración de las dificultades potenciales.¹⁹

IV. Interacción entre Rasgos Esquemáticos de un Trastorno de Personalidad y el Manejo Interpersonal

Los procesos que se ven realizados en los Trastornos de Personalidad, también pueden clasificarse mediante estudios en el campo de la Psicología Evolutiva. La conducta adhesiva, la timidez o la rebeldía, observados en el niño que crece puede persistir a lo largo de un período de desarrollo (Kagan, 1989).²⁰

Como especialistas podemos pronosticar que esas pautas persisten en la adolescencia adulta tardía y en la edad adulta y pueden seguir manifestándose en algunos Trastornos de la Personalidad, con independencia de su origen final y de los prototipos genéticamente determinados de la conducta humana. Hay pruebas firmes de que ciertos tipos de temperamentos y pautas conductuales relativamente estables, ya están presentes desde el nacimiento (Kagan, 1989).

Lo que hace más oportuno considerar estas pautas innatas como tendencias que la experiencia puede acentuar, además lo mejor es considerar que entre estas pautas innatas del individuo y las pautas de otras personas significativas pueden establecerse un ciclo continuo de refuerzo recíproco; por ejemplo un individuo con gran potencial para una conducta que suscita cuidados, de modo que sus pautas innatas se conserven mucho más allá del periodo en que esta conducta resulta ser adaptativa, generando alteraciones en su manejo interpersonal (Gilbert, 1989)²¹.

Al pensar en los Trastornos de la Personalidad, entendemos, que un patrón es un cierto estilo de percibir, pensar, sentir y comportarse que hemos convertido en costumbre y que nos parece normal. Es automatizado y no somos concientes o solo parcialmente y no hacemos uso de él en forma intencional, por lo cual desconocemos las circunstancias que nos acostumbraron a él.

Al referimos a este último punto, surge la necesidad de planteamos una teoría, la cual es que el niño o la niña que fuimos se inventó una cierta forma en el patrón del carácter como solución a la emergencia y estrategia de supervivencia.; lo cual podemos definir como una protección contra circunstancias adversas. El patrón del carácter es la respuesta del niño a una necesidad que experimenta y también un atajo creativo hecho con el fin de sobrevivir psíquicamente, por lo que el niño merece toda consideración y aprecio.

Aldoux Huxley señaló: que todo lo que somos depende de tres factores de la herencia, de tu ambiente y de lo que tú hayas hecho en tu libre elección con tu herencia y tu ambiente. En relación a estos puntos, es de nuestro interés el esfuerzo propio que realiza el niño, dado que en sus relaciones familiares y vitales experimenta emociones dañinas, frustrantes e hirientes a lo cual enfrenta de una manera particular; pues el niño que cada quién fue se inventó una manera inteligente de salvar ese peligro, para ayudarse a sí mismo.

El niño actúa y se relaciona en forma intuitiva a partir de la experiencia organística, imitó, probó y experimentó lo que era funcional o no.

El patrón del carácter protege y ayuda desde el punto de vista del niño en peligro (lo que realmente es vital para la supervivencia). Pero al adulto de hoy también le oprime, le nubla la vista y no le deja espacio para permitirse ciertas experiencias; así la solución ante una emergencia de entonces (la infancia), se convierte en una emergencia del ahora.

El patrón del carácter, está hecho para prevenir, una repetición del peligro vivido en la niñez y en cierto modo, cumple su función. A la vez la persona adulta se ve limitada a experiencias y acciones conocidas, ya que no puede reaccionar de manera fresca y libre ante una situación, por ello evita

experiencias que no encajen con su patrón y que podría modificarlo. (Gallen, 1997)

Por supuesto que si las profundas necesidades que en la situación de peligro del niño no fueron contestadas satisfactoriamente, siguen estando allí (sentirse seguro y aceptado, ser considerado y querido, poder ser una persona independiente, etc.). Cuanto más rígidamente ejerza el patrón de carácter su función protectora inicia desde el límite de la conciencia del adulto, más vehementemente clamaron satisfacción estas necesidades. Con lo cual aumenta el riesgo de ser herido de nuevo, los mecanismos de protección del carácter se harán más duros todavía y esto volverá a impedir que se puedan satisfacer las necesidades iniciales. De esta forma y sin quererlo, el sufrimiento inicial se va reproduciendo.

Estas personas pueden sufrir trastornos de personalidad, que se define como “un patrón permanente e inflexible de experiencia interna y de comportamiento que se aparta acusadamente de las expectativas de la cultura del sujeto, tiene su inicio en la adolescencia o principio de la edad adulta, es estable a lo largo del tiempo y comporta malestar o perjuicios para el sujeto”²²

Cada persona, posee un perfil único de personalidad, que va a depender de la posibilidad que responda de cierto modo a cierto grado de una situación

particular. Las personas con trastornos de personalidad presentan, las mismas conductas repetitivas en muchas más situaciones que las otras personas. Toda situación, que opera sobre el contenido de sus esquemas inadaptativos los activa, en vez de activar los más adaptativos, lo que afecta sus metas y los lleva a resistirse al cambio.

La personalidad puede concebirse como una organización estable compuesta por sistemas y modalidades. Los sistemas de estructuras entrelazadas (esquemas) son los responsables de la secuencia que va desde la recepción de un estímulo hasta el punto final de una respuesta conductual.

V. LA PSICOTERAPIA

Como se ha podido notar dentro de las apreciaciones anteriores, la Psicoterapia ha sido un producto de casos aislados que al unirse y relacionarse han dado como resultado modelos psicoterapéuticos.

De hecho el propio Freud en su continuada búsqueda inspiró al paciente fóbico a que se enfrente a lo que le produce fobia y desde allí se inicia el tratamiento de la neurosis obsesiva.

Freedheim (1992) en el libro más reciente de la historia de la psicoterapia plantea la idea de la importancia en el patrón establecido a lo largo de décadas

de estudio sobre los factores y características que inciden en los trastornos de la personalidad.

El concepto de la terapia psicodinámica relatado por Herzberg en 1945 y citado posteriormente por Dollar y Miller pone el contexto de la importancia de la utilización de tareas graduales. De especial utilidad en los casos de conductas evitativas. También se hace la recomendación de que en las conductas fóbicas eran necesarias técnicas ensayadas por el propio Freud en los procesos de hipnosis.

En el año de 1950 Dollar y Miller combinan la técnica del psicoanálisis, la experimentación natural y la cultura para poder clarificar la psicoterapia debe dotarse de principios generales que pudieran ser aplicados a todos los campos de conducta para unificar un mismo tipo de terapia.

Según Alexander en 1963 se opone al hecho de que las normas para la terapia sean rígidas y esgrime la tesis de que “la terapia no puede considerarse como una investigación genética pura” y propone buscar en la biografía del sujeto para promover una mayor adaptación al entorno. Para esto propone el hecho de trabajar simultáneamente en dos orientaciones: una encaminada a la elaboración del conflicto y la otra en vías a la resolución del síntoma favoreciendo una mayor capacidad adaptativa del sujeto.

Dicho autor recomienda encontrar una relación interpersonal adecuada entre el terapeuta y el paciente.

Cuando el paciente acude a la consulta esta relación está distorsionada porque éste aplica sentimientos y patrones de respuesta conductual. La técnica consiste en desaplicar los patrones de conducta anteriores y poner en práctica los nuevos indicados por el terapeuta.

Para los años '70 se observa una tendencia creciente en la integración de enfoques conductuales y psicoanalíticos.

Durante los años '80 se desarrolla la Psicoterapia Conductiva Analítico en la que se destaca el modelo de Mann citado por Broclman en 1987 utilizando una metodología altamente teórica – técnica.

Dentro del período de la década de los '90 surgen aportaciones emanadas por Leiman, Ryle, Dunn, Cowmeadow, Duignan y Marlowe en donde se realizan ajustes al modelo cognitivo – analítico dentro de la psicoterapia dentro del enfoque psicoeducativo.

Las estrategias terapéuticas para las patologías borderline fueron establecidas en primera instancia por Anthony Ryle.

Luego en el tratamiento de los trastornos de personalidad Walsh (2000) aplica la psicoterapia cognitivo – analítica en pacientes asmáticos obteniendo resultados positivos.

También para el año 2000 se describe un modelo de tres sesiones para el tratamiento de pacientes autoagresivos y en el mismo año Ryle y Katia Bolinka describen a la efectividad de la psicoterapia cognitivo – analítica corta en donde especifican factores específicos en el tratamiento de la personalidad borderline en vías de la terapia para la anorexia.

La Psicoterapia Breve Cognitivo – Analítica limitada a tres sesiones siguen aplicándose a casos de pacientes con rasgos autodestructivos, trastornos alimentarios, el asma, pacientes que han sufrido abusos sexuales o supervivientes y los trastornos de la personalidad.

Dentro de esta dirección se esgrime también la psicoterapia breve cognitiva – analítica planteada en sus inicios por Ryle (1991) y la combinación de la dinámica grupal o de pareja planteada por Maple (1995).

A medida que la psicoterapia breve cognitiva – analítica se hizo necesaria la ampliación del marco teórico desarrolla los modelos de los múltiples estados del “Self”. Lo anterior no es más que una respuesta a las dificultades prácticas

encontradas en la comprensión y reformulación del tratamiento de los pacientes con trastornos de personalidad severos.

Desde el punto de vista clínico hay pacientes que se presentan de manera muy diferente de una sesión a otra, por ejemplo lo usual es marchándose de alguna de las sesiones con un estado de ánimo aliviado; mientras que asisten a la próxima resentidos y suspicaces.

Además puede haber indicadores de estados mentales diferenciados lo que genera una confusión en el terapeuta por el estado mental inconstante durante la sesión.

Ante esto, surge como herramienta la **Psicología Psicoanalítica** que no es más que la que se encarga de interpretar las vivencias del enfermo, racionalizando las consecuencias, presentes, pasadas (experiencias) y posibilidades futuras, de la vivencia desglosando los estados de ánimo y las anécdotas (hechos acontecidos), con el fin de proporcionar el cambio de las estructuras psicológicas, provocando la madurez emocional (hoy no puedes entenderlo, mañana es posible).

El procedimiento de **psicoterapia de grupo** es una técnica de tratamiento en la que el cliente, integrado en un conjunto de otros clientes y con un profesional

Como punto de referencia, trata de movilizar las actitudes negativas que le dificultan su comunicación y su convivencia; con el fin de aliviar sus tensiones emocionales, las cuales causan sufrimiento al cliente y a las personas de su entorno social y familiar.

La **terapia breve** es un modelo de intervención terapéutica para trabajar los desajustes del ser humano de la manera más breve y efectiva. El principal objetivo es transformar la tendencia que tenemos a quedarnos "bloqueados" ante algunas situaciones, consiguiendo beneficios en un breve espacio de tiempo. Nuestra mente es una gran caja de herramientas y la terapia breve va de forma directa a utilizar la más conveniente en cada caso. Es un cambio que se va produciendo de forma progresiva y directa, sin vuelta atrás a estados repetitivos y por tanto neuróticos.

La terapia breve produce de forma contundente un cambio a otro tipo de enfoque de nuestro pensamiento, más elástico, para darle otra visión a la historia. Es una terapia evolutiva, con la que sabes más de ti y de cómo interactuar contigo mismo y con los demás, accediendo a ti mismo de una forma libre y sin cadenas neuróticas.

Esto convierte el proceso de la terapia breve en un esquema totalmente interactivo, donde las dos partes, psicoterapeuta y paciente, se complementan para producir cambios como una espiral ascendente.

Dada la importancia integradora de las dos partes, la Psicoterapia Cognitivo Analítica y la Sistémica o Breve que a lo largo de la historia de la psiquiatría los Trastornos de Personalidad han sido los grandes marginados a la hora de intervenir terapéuticamente porque se partía de la base de que eran rasgos inmodificables y de que había que tratar sólo los síntomas puntuales. Incluso se ha negado que fuesen patologías o trastornos mentales.

Todo esto ha generado un cambio de enfoque que desde los años 80 es sustentado con las primeras publicaciones de Kemner, Gunderson, Mc Linehan y su desarrollo profundo y sistémico por el doctor Carlos Marapiex en España.

VI. CAMPOS DE APLICACIÓN

Actualmente, en países como Inglaterra y España es donde la psicoterapia cognitivo-analítica tiene mayor uso, está siendo aplicada en diferentes tópicos, formatos y dirigida a distintas poblaciones clínicas.

Con respecto a las indicaciones y contraindicaciones de la psicoterapia cognitivo-analítica, se la considera como un primer modelo de intervención tanto en la atención primaria como especializada. En un estudio que se realizó sobre un total de 304 pacientes arrojó que a 120 o sea un 39% de la muestra total acudió a la primera cita, se les indicó la participación en un programa de psicoterapia cognitivo-analítica como terapia de primera elección (Watson, 1992).

Este modelo de psicoterapia fue desarrollado específicamente para ser aplicado en contextos públicos, y su estructuración y brevedad resultan idóneas para resolver la mayor parte de problemas atendidos en estos primeros niveles asistenciales. Por lo tanto cualquier tipo de queja psicológica puede considerarse como indicada para ser tratada con este modelo de psicoterapia, a excepción de trastornos psicóticos, trastornos bipolares, trastornos depresivos mayores con síntomas psicóticos, utilización activa de drogas, sintomatología secundaria a patología orgánica, conductas abiertamente psicopáticas y faltas de colaboración, que son las contraindicaciones formales.

La psicoterapia cognitivo-analítica está siendo aplicada actualmente en diferentes campos: en unidades de agudos para tratar patologías auto agresivas, habiéndose descrito recientemente un modelo ultra breve de psicoterapia cognitivo-analítica, limitada a tres sesiones, para aplicar en estos contextos protegidos:

- ❖ Para el tratamiento de pacientes con patología autodestructiva (Sheard, 2000).
- ❖ En el tratamiento de los trastornos alimentarios (Dennmán, 1995; Daré, 2001).
- ❖ Patología médica específica como el asma (Walsh, 2000) y la diabetes tipo I (Fosbury, 1997) y su reciente aplicación a pacientes con patología renal (Thorne, 2004).

- ❖ En psiquiatría forense para el tratamiento de pacientes graves que han sufrido abusos sexuales (Clarke, 2000), adultos supervivientes de abusos sexuales (Pollock, 2001) y en la tercera edad (Hepple, 2004).
- ❖ Un área especialmente relevante es la aplicación del modelo para el tratamiento de los trastornos de personalidad (Ryle, 2004) y (Mirapeix, 2004).

Por otro lado la psicoterapia cognitiva analítica también esta ampliando sus indicaciones más allá de su formato individual y está siendo utilizada en formatos de pareja (Ryle, 1991) así como en psicoterapia grupal (Maple, 1995). Ambos protocolos de intervención (de pareja y grupal) están siendo ensayados en el Instituto de Estudios Psicoterapéuticos de Santander en España.

VII. ANTECEDENTES TEÓRICOS DE LA PSICOTERAPIA COGNITIVO – ANALÍTICA BREVE

Los orígenes de la psicoterapia cognitivo-analítica se remontan a la aplicación de la técnica de la rejilla o parrilla de análisis (Feixas, 1996) y al estudio de las características psicológicas y del sistema de constructos que tenían los pacientes que seguían un tratamiento psicoterapéutico de características psicoanalíticas (Ryle, 1975). La necesidad de desarrollar un lenguaje común para posibilitar el entendimiento entre las diferentes escuelas psicoterapéuticas fue una aportación importante de una época en la que Ryle (1978) abogaba por

una utilización de terminología cognitiva que sustituyese el lenguaje psicoanalítico por términos mucho más cercanos al paciente.

En esa misma época Ryle tipifica una serie de patrones cognitivos disfuncionales observados de manera sistemática en los pacientes neuróticos investigados que estaban siguiendo tratamiento psicoterapéutico. Estos son los que denominó: trampas, dilemas y pegas (Ryle 1979). Las trampas son formas fijas de ver las cosas, que actúan como profecías auto cumplidas pudiendo ser representadas como bucles circulares que se auto refuerzan, de tal forma que están fundamentadas en una cognición - asunción negativa.

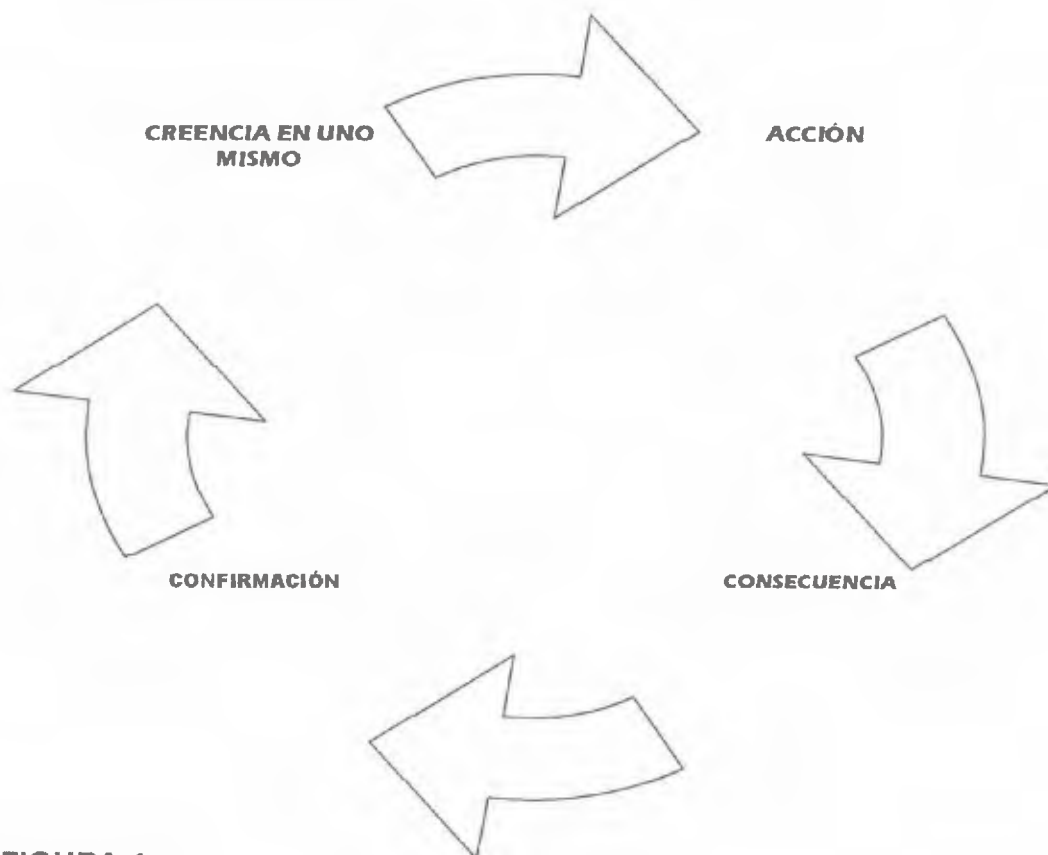


FIGURA 1

Los dilemas son elecciones dicotómicas falsas que se plantean de manera polar y que harían coincidir esta descripción de disfunción cognitiva tanto con el pensamiento dicotómico de Beck como con los mecanismos de escisión descritos por los modelos psicoanalíticos clásicos (la relación entre ambos es compleja). En el caso de los dilemas ambos polos de la meta deseada no se pueden conseguir por sus connotaciones negativas. Estas elecciones dicotómicas pueden ser sobre uno mismo o sobre la relación con otro y hay diferentes tipos de dilemas que pueden ser referidos a uno mismo o a la relación con el otro. Estas polaridades dicotómicas se pueden describir en pares que luego van a poder ser representados diagramáticamente con dicotomías del estilo represión-expresión, seguridad-peligro, gratificación-punición, perfeccionismo-dejación, obediencia-oposicionismo, sumisión-dominación, narcisización-autocrítica, caprichoso-frustración, etc. Todos los anteriores son ejemplos de dilemas relacionados con el manejo del yo; a continuación ofrezco algunos ejemplos de dilemas relacionados con el yo y el otro: compromiso-aislamiento, asertividad-inhibición, desconfianza-confianza, sadismo-masiquismo, implicación-distanciamiento, agresor-agredido, despectivo-despreciado, admirado-detestado, cuidador-cuidado.

Las polaridades dicotómicas están siempre referenciadas a esquemas personales y sus roles recíprocos implícitos. Estos dilemas y los componentes relacionales implícitos están relacionados con distancia y/o peligro, en las que el sujeto o bien se siente solo y en riesgo o la cercanía emocional provoca

miedo a la pérdida y/o al daño del yo. Dilemas referidos a conflictos con la dependencia, en los que el sujeto se plantea una dicotomía relacionada con el ser fuerte y tener capacidad de dar, o ser débil y poder sólo recibir. Dilemas relacionados con la sumisión, en los que las imposiciones se responden con una obediencia o bien con un sabotaje o dilemas relacionados con el control, en los que el sujeto controla sus sentimientos o teme que se produzca un caos.

Por último, hay dilemas referenciados a esquemas instrumentales expresivos relativos a conflictos en el manejo de los sentimientos derivados del rol sexual.



FIGURA 2

Por último, las pegas son conceptualizadas como prohibiciones ante el éxito, es lo que llamamos "síndrome del sí pero"; su origen puede ser externo por el temor a la respuesta de los demás o bien interno por culpa, envidia o prohibición del placer.

Las trampas, dilemas y pegas precisaban de un referente teórico que permitiese articular estos constructos para que tuvieran aplicabilidad clínica, lo que dio lugar al desarrollo de **El Modelo del Procedimiento Secuenciado** (Procedural Sequence Model, P.S.M., Ryle 1991). El Modelo de procedimiento secuenciado (PSM) se denomina así porque su unidad de estudio es la secuenciación de un procedimiento o el análisis del procedimiento en sí. Un procedimiento describe la forma en que se despliega una serie normal de actos mentales y conductuales encaminados a la consecución de un fin determinado.

Esta secuencia cognitiva implica procesos mentales, acción, sucesos y consecuencias ambientales. La secuencia que se sigue en estos procedimientos encaminados a la acción podría considerarse como bucles cognitivos repetitivos y realizados por secuencias de operaciones más simples subordinadas a la consecución de objetivos más complejos.

Según este modelo, la secuencia básica de un procedimiento se puede describir en las siete etapas siguientes (Ryle, 1991):

1. Formación de un objetivo en relación con el entorno o con un suceso del entorno.
2. Evaluación del significado personal del objetivo dentro de este contexto. Esto implica tanto un "procesamiento afectivo" inconsciente que indica los significados personales implicados, como procesos cognitivos que tienen relación con la memoria y con la evaluación de la congruencia del objetivo con otros objetivos y valores.
3. Predicción de la propia capacidad para conseguir el objetivo y las consecuencias probables de su logro.
4. Estudio de los medios posibles (subprocedimientos).
5. Actuación.
6. Valoración de la efectividad de la acción y consideración de las consecuencias.
7. Mantenimiento del objetivo, o, por el contrario, modificación o abandono del mismo y confirmación o revisión de los medios.

Este esquema de 7 pasos desarrollado por Ryle se representa de manera gráfica en el siguiente dibujo, que nos va a permitir comprender mejor cuál sería la estructura operativa gráficamente representada de los pasos que hemos señalado anteriormente.

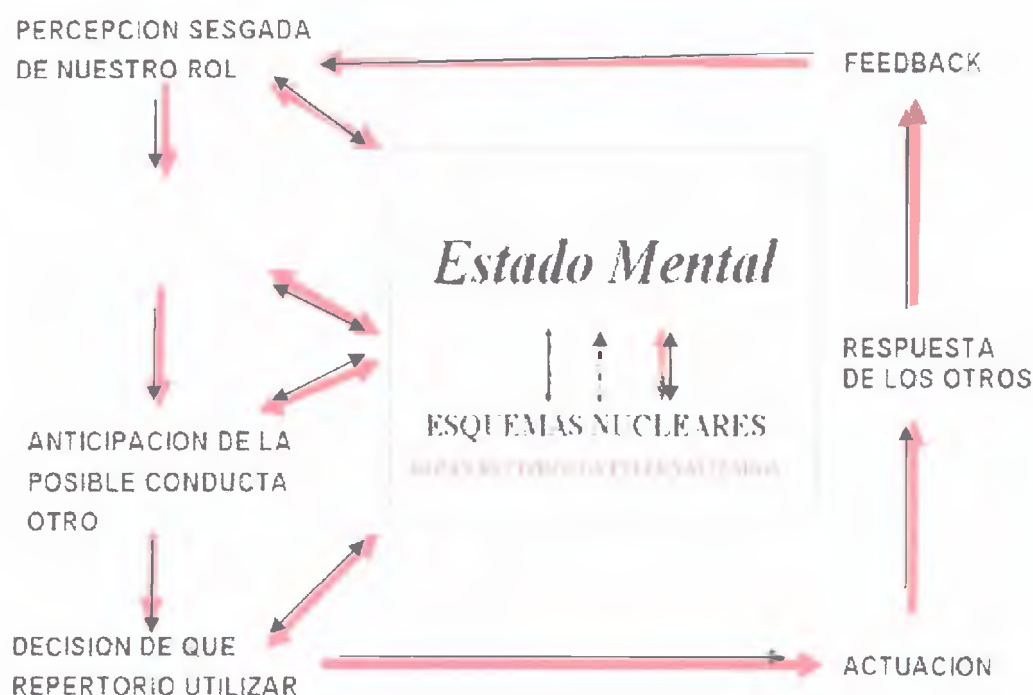


FIGURA 3

A todo acto de percepción, bien sea interno o externo, el individuo le atribuye un significado, el sujeto valora sus propias capacidades con respecto a dicha situación y anticipa las consecuencias que se pueden derivar de sus actos.

Toda esta secuencia lineal viene mediada emocionalmente y condicionada por el o los esquemas activados en ese momento.

Como se representa en Figura 1, cada uno de los pasos de la secuencia hunde a través de las flechas radiales sus raíces en las estructuras centrales de significación o configuración específica e individual de esquemas personales (unidades ocultas de procesamiento en terminología de procesamiento distribuido en paralelo). La psicoterapia se ocupa pues de ambos niveles: de la alteración en la secuencia del procedimiento (procesamiento lineal) y de las alteraciones producidas en los subniveles de la secuencia (unidades ocultas de procesamiento), derivados de los sesgos producidos por las emociones implicadas, incorporadas a la estructura de esquemas subyacente y a los roles recíprocos implícitos. La relación dialéctica de ambos tipos de procesamiento, es lo que da un auténtico sentido individual a las subrutinas cognitivas disfuncionales tipificadas como trampas, dilemas y pegas, y a cualquier configuración conductual derivada de un procesamiento de información, mediado por los componentes emocionales individuales (Mirapeix, 2000).

Nuestra concepción del funcionamiento psíquico es también modular, pero referida fundamentalmente a los subniveles de procesamiento de información que son los que contribuyen a codificar la información percibida, tanto externa como interna. Los niveles perceptivos, atribucionales y ejecutivos están relacionados íntimamente con los esquemas personales y con el emergente

intermedio de los estados mentales (Ryle, 2002) o del modelo de trabajo tal y como lo plantea Horowitz (1999). La modularidad, desde nuestro punto de vista, está sintetizada en los esquemas personales que hunden sus raíces en alguna de las motivaciones descritas por Hugo Bleichmar (1999), pero que están representadas en las cualidades de los esquemas personales referidos a patrones de relación interpersonal en las que se encuentran subsumidas emociones básicas relativas a la envidia, agresividad, colaboración, rivalidad, atracción, búsqueda de protección, dependencia, humillación, etc., de tal forma que las díadas relacionales que constituyen la esencia de los roles recíprocos están asentadas implícitamente en emociones nucleares cuya referencia pueden ser en cierto sentido los módulos motivacionales descritos por Bleichmar.

La concepción que presentamos basada en un complejo modelo de procesamiento de la información, lineal y en paralelo, ayuda a comprender situaciones clínicas en las que la transferencia dominante en un momento dado viene determinada por el estado mental activado que se encuentra vinculado al esquema interpersonal subyacente y al patrón de relación interpersonal subsumido en los roles recíprocos y asentado en una emoción nuclear básica que articula los patrones de relación y por ende el modelo de relación transferencial, que en un momento determinado puede estar activándose con el terapeuta. Las transferencias pueden ser múltiples en la medida en que las diferentes temáticas abordadas a lo largo de la sesión puedan estar activando

uno u otro de los esquemas interpersonales que tenga el paciente, de tal forma que los estados mentales que se activan a lo largo de la sesión contribuyen a explicar los modelos de transferencia múltiple que secuencialmente se actúan en la relación interpersonal puesta en juego en la terapia y que es comprendida como referida a los roles recíprocos e implícitos en el esquema interpersonal del sujeto y actualizados secuencialmente en los patrones transferenciales actuados en la psicoterapia. La labor del terapeuta consiste en identificar estos diferentes estados mentales y sus referentes relacionales implícitos en los roles recíprocos y en las emociones subyacentes, de tal manera que la identificación, descripción, reformulación y modificación de dichos patrones de relación, contribuya a la reestructuración de los significados y a la modificación de los patrones de funcionamiento del sujeto. Como veremos en la parte técnica, esto no está solo basado en el insight sino en intervenciones que también están dirigidas a la acción.

A medida que la psicoterapia cognitivo-analítica se fue aplicando a casos más complejos se hizo necesaria una ampliación del marco teórico, desarrollando **El Modelo de los Múltiples Estados del Yo**. Este fue una evolución en respuesta a las dificultades prácticas encontradas en la comprensión y reformulación del tratamiento de los pacientes con trastornos de personalidad severos. A medida que fue haciéndose patente la utilidad de representar los diferentes roles recíprocos y sus patrones de rol relacional en estados del yo separados, se hizo cada vez más necesario desarrollar una conceptualización

teórica que describiese la evolución de la estructura que se estaba utilizando (Ryle, 1997).

Desde el punto de vista clínico, hay pacientes que se presentan de manera muy diferente de una sesión a otra, por ejemplo marchándose de una de las sesiones de manera cercana y con un estado de ánimo aliviado, mientras que vienen a la próxima, resentidos y suspicaces. Éstos pueden ser indicadores de la existencia de estados mentales diferenciados. De forma más directa, hay pacientes que generan confusión en el terapeuta por cambios en su estado mental durante la sesión. En muchas ocasiones esto ocurre sin que exista una evidente provocación y en otras debido a algo que ha dicho el terapeuta o relacionado con el tópico que se está discutiendo en ese momento en la sesión.

La referencia a los desarrollos derivados de la teoría del apego es común en muchas de las terapias actuales. Desde nuestro punto de vista las relaciones de apego están sustentadas en un patrón de relación interpersonal que configura un aprendizaje significativo desde el punto de vista emocional y que es incorporado al repertorio de conductas del individuo en lo referente a las relaciones que establece con el otro. Este patrón tiene una estructura bipolar, dicotómica, basada en la relación yo/otro que se sustenta en una relación dinámica introyectada y estructurada en base a la complementariedad de roles desplegados en la díada relacional original. Los roles complementarios incorporados en este proceso de aprendizaje interpersonal son lo que

denominamos roles recíprocos. Estos y su correspondiente carga emocional implícita, sirven de atracción a los componentes del esquema interpersonal que se activa en determinadas situaciones ambientales y que provoca el despliegue de los patrones intrapsíquicos archivados en los registros de memoria proposicional y procedimental del sujeto.

Ambos polos de los roles recíprocos son repertorios conductuales aprendidos, uno por reacción directa vivencial y otro de forma vicaria por identificación. Es decir, cuando un niño es maltratado por su progenitor, la pareja de roles introyectados incorpora los dos patrones conductuales, el patrón de maltratador y la vivencia de maltratado, con lo cual la díada maltratador/maltratado se incorpora al repertorio conductual del sujeto, pudiendo éste comportarse de una u otra forma, en función de cual de los polos del rol recíproco se active en función del contexto y de la relación con otros esquemas interpersonales con los que pueda estar concatenada su activación. De tal forma que podemos decir que el sujeto puede desplegar conductas derivadas de la activación de uno u otro polo de esta díada relacional y esto lo hará de forma voluntaria o automática, y en muchas ocasiones desplegando conductas que están más allá del control consciente, especialmente cuando éstas se refieren a patrones comportamentales vinculados a los registros de memoria procedimental.

Cuidador	Cuidado
Protector	Protegido
Contenedor	Contenido
Reforzador	Autónomo y seguro
Sobreprotector	Dependencia fusional
Sobreimplicado	Angustiado
Maltratador	Maltratado
Despectivo	Rechazado
Abusador	Abusado
Destruyivo	Aplastado
Controlador	Controlado
Idealizado	Despreciado
Activo	Pasivo
Critico	Devaluado
Incompetente	Necesitado
Dependiente	Maduro forzado
Explotador	Sumiso/cabreado

Estos roles recíprocos, sirven de atracción a los diferentes componentes de los esquemas interpersonales. Estos esquemas interpersonales están compuestos por: afecto, representación icónica, representación proporcional, contexto en el que se desarrolló la escena/acción, patrón de relación experimentado (roles recíprocos internalizados), registro mnésico vinculado a las acciones ejecutadas y componentes vinculados a las estructuras motivacionales y de significado

atribuido. La activación de estos esquemas interpersonales junto con los roles recíprocos subsumidos en ellos tiene influencias decisivas sobre los patrones de procesamiento de información de tal forma que configuran la percepción, sesgan el procesamiento cognitivo, contribuyen a configurar los patrones de relación interpersonal, determinan los elementos de auto evaluación del sujeto, intervienen en la planificación ejecutiva y se encuentran en permanente desarrollo, modificación y adaptación en función de las experiencias que el sujeto tiene al desarrollar su conducta y reorganizar sus patrones de comportamiento en función de la retroalimentación o feed-back recibido.

El carácter rígido y persistencia de patrones de funcionamiento nocivos y generadores de malestar intrapsíquico e interpersonal están en la base de cualquier comprensión interpersonal de la psicopatología. Por lo tanto una concepción basada en la teoría de esquemas contribuye a una comprensión de la psicopatología con un modelo conceptual unitario, de tal forma que este modelo basado en los roles recíprocos subsumidos en los esquemas interpersonales, debe explicar tanto la conducta normal como la patológica. Esto queda pendiente de un desarrollo futuro, aunque se están dando algunos pasos en lo referido a los trastornos de personalidad y concretamente al trastorno borderline como luego tendremos ocasión de ver.

Los cambios de estado mental están acompañados de alteraciones en el tono de voz y en la postura y pueden venir acompañados de síntomas disociativos.

En este sentido pueden ser similares a los fenómenos descritos en los trastornos de personalidad múltiple que revisó Putnam en 1996. Cuando se sospechan estados del yo separados, los pacientes han de ser entrevistados preguntándoles sobre la posibilidad de reconocerlos y caracterizarlos; muchos pacientes no tienen dificultades en pensar acerca de yos en la forma sugerida, pero puede resultar de ayuda dar al paciente instrucciones y herramientas para poder llevarlo a cabo.

El cambio de los estados mentales es perfectamente detectable en la terapia, de tal forma que en la relación interpersonal con el paciente el terapeuta puede percibir sutiles cambios en el tono emocional, en la conducta verbal y en la no verbal y correlacionado todo ello con reacciones contratransferenciales en el terapeuta, que se resienten ante el tono emocional vinculado al estado mental activado en un momento concreto. Así, los estados mentales activados corresponden a patrones interpersonales que llevan subsumidos los roles recíprocos que activan complejos esquemas interpersonales o asociaciones de los mismos y que vienen asociados con componentes proposicionales y de significado que intentamos tipificar en terapia, como voces intrapsíquicas vinculadas a personajes y patrones y escenas vividos por el sujeto, y que contribuyen a conformar los mensajes tanto verbales como no verbales de un estado mental concreto. Es necesario diferenciar entre la morfología de los cambios de estado normales y patológicos.

Cualquiera puede sufrir cambios en sus estados mentales, pero éstos suelen ser amplios, tolerables, con una transición suave, vinculada al contexto y flexible en términos generales. Por el contrario, los cambios de estado patológicos son estrechos en cuanto a el número de estados en los que puede fluctuar el sujeto, vinculados a intensas reacciones emocionales, con transiciones bruscas, contextuales en ocasiones y en otras fruto de fantasmas que se activan a veces de forma poco explicable, y generalmente rígidos e inflexibles.

Desde el punto de vista clínico, explorar los cambios en los estados mentales requiere un patrón de entrevista que debe seguir una secuencia en la que se pregunte una serie de cuestiones que pasamos a listar a continuación:

1. ¿Cómo te sientes hacia los otros cuando te encuentras en este estado?
2. ¿Cómo te sientes dentro de ti?
3. ¿Cómo crees que otros se sienten acerca de ti?
4. ¿Cómo juzgas o evalúas o te evalúas a ti mismo en esta situación, en este estado?
5. ¿Qué sensaciones corporales acompañan a este estado?
6. ¿Qué es lo que generalmente tiendes a hacer en este estado?
7. ¿Qué es lo que generalmente intentas evitar cuando estás en este estado?
8. ¿Qué es lo que te reconforta en este estado?
9. ¿Cómo consigues salir de este estado?

Estos diferentes estados mentales, detectados no sólo clínicamente, sino a través de metodologías de exploración específicas, permiten utilizar unos instrumentos para la detección y descripción de los estados mentales. La utilización de un diagrama secuencial para describir los estados del yo separados permite caracterizar cada uno de ellos por su patrón de rol recíproco dominante. Describir las transiciones entre los estados del yo tiene la misma función que los diagramas secuenciales básicos en los pacientes menos perturbados, facilita a ambos (al terapeuta y al paciente) reconocer donde están ambos en términos del mapa. Adicionalmente capacita a su vez, a ambos, a mantenerse alerta y conscientes de los aspectos disociados que pudieran estar presentes en el momento actual. En este sentido, ayuda al paciente a ganar control sobre los cambios bruscos y dañinos y es una herramienta crucial en los trabajos dirigidos a la integración de los yo disociados.

Este modelo y forma de trabajo es muy práctico como base para la auto observación y el registro de los estados del yo, colorear los estados del yo y los bucles procedimentales generados desde ellos puede ser útil en muchos casos. Los estados del yo más que los procedimientos individuales, pasan a ser el foco de los autos registros.

La terapia cognitivo-analítica pretende movilizar las capacidades del paciente para su capacidad de autorreflexión y control. El reto principal que nos plantean los pacientes limítrofes o borderline es su tendencia a destruir aquello que

necesitan, así como la utilización de su hostilidad para conseguir o defenderse de la vulnerabilidad y la persistencia de su disociación. Las metas terapéuticas sólo se pueden conseguir combinando una relación correctiva (no sea colusiva) junto con la dotación al paciente de herramientas conceptuales a través de las cuales incremente su capacidad de auto observación y comprensión. La co-construcción de sencillos diagramas secuenciales que permitan describir la estructura de los múltiples estados del yo del paciente, que hagan tener sentido a sus experiencias disociativas y que permitan describir conexiones entre estos estados del yo contradictorios, es un primer paso en el proceso de integración terapéutica y desde el principio le da al paciente una herramienta de mucha ayuda para superar la sistemática disociación con la que funciona (Ryle, 1997).

CAPÍTULO II

MARCO METODOLÓGICO

I. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

¿Qué diferencias existen en las relaciones interpersonales y la adaptabilidad en pacientes con Trastornos de Personalidad, antes y después de que se sometieran a la Psicoterapia Breve Cognitiva- Analítica ?

II. OBJETIVOS

A. Objetivos Generales:

1. Determinar si existen diferencias significativas en los conflictos interpersonales y comportamiento desadaptado de los pacientes con trastornos de personalidad antes y después de ser sometidos a la Psicoterapia Breve Cognitiva- Analítica
2. Medir la eficacia de la Psicoterapia Breve Cognitivo-Analítica en la disminución de los Conflictos Interpersonales y Comportamiento Desadaptado de pacientes con Trastornos de la Personalidad.

B. Objetivos específicos:

1. Reconocer las diferentes patologías de Trastornos de la Personalidad en los pacientes mediante la aplicación del Inventario Multiaxial para los Trastornos de la Personalidad
2. Describir la diferencia existente entre los rasgos de los pacientes con Trastornos de Personalidad antes y después de ser sometidos a Psicoterapia Breve Cognitiva Analítica
 - 2.1. Señalar si existe diferencias en el rasgo antisocial
 - 2.2. Señalar si existe diferencias en el rasgo esquizoide
 - 2.3. Señalar si existe diferencias en el rasgo fóbico
 - 2.4. Señalar si existe diferencias en el rasgo dependiente
 - 2.5. Señalar si existe diferencias en el rasgo histriónico
 - 2.6. Señalar si existe diferencias en el rasgo narcisista
 - 2.7. Señalar si existe diferencias en el rasgo agresivo/ sádico
 - 2.8. Señalar si existe diferencias en el rasgo compulsivo
 - 2.9. Señalar si existe diferencias en el rasgo pasivo/ agresivo
 - 2.10. Señalar si existe diferencias en el rasgo autodestructivo
3. Establecer una relación de trabajo con el paciente mediante técnicas psicoterapéuticas a nivel grupal.
4. Aplicar el modelo de Psicoterapia Breve Cognitivo-Analítica para la terapia y ubicación patológica de los pacientes.

5. Mejorar el ajuste interpersonal estableciendo técnicas, tácticas y estrategias de atención de Psicoterapia Breve Cognitiva- Analítica y medir los resultados obtenidos.
6. Mejorar el ajuste interpersonal estableciendo estrategias de atención de Psicoterapia Breve Cognitiva- Analítica
7. Medir los resultados con la reaplicación del Inventario Multiaxial de la Personalidad de Millón.

III. PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN

1. ¿Qué diferencia existe en las relaciones interpersonales en pacientes con Trastornos de Personalidad antes y después de ser sometidos a la Psicoterapia Breve Cognitivo Analítica
2. ¿Qué diferencia existe en los comportamientos desadaptados en pacientes con Trastornos de Personalidad antes y después de ser sometidos a la Psicoterapia Cognitivo Analítica Breve

IV. DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN:

Es un estudio cuasiexperimental, de tipo antes y después, ya que se aplica una Preprueba antes de la aplicación del Tratamiento y una Post Prueba, luego de haber recibido el mismo. Se utiliza un solo grupo.

V. HIPÓTESIS DE INVESTIGACIÓN

H_i: Existirán diferencias significativas en los conflictos interpersonales y comportamientos desadaptados de los pacientes con trastorno de personalidad que se sometan a Psicoterapia Breve Cognitivo- Analítica

H_o: No existirán diferencias significativas en los conflictos interpersonales y comportamientos desadaptados de los pacientes con trastorno de personalidad que se sometan a Psicoterapia Breve Cognitivo- Analítica

VI. HIPÓTESIS ESTADÍSTICAS

$$H_1 = \mu \neq 0$$

Las diferencias de medias antes y después de someterse a la Psicoterapia Breve Cognitivo- Analítica es diferente de 0

$$H_0 = \mu = 0$$

Las diferencias de medias antes y después de someterse A la Psicoterapia Breve Cognitivo- Analítica es igual a 0

VII. DEFINICIÓN DE LAS VARIABLES

A. Variable Independiente:

Psicoterapia Breve de Orientación Cognitiva- Analítica en el Tratamiento del Trastorno de Personalidad:

1. Psicoterapia Breve de Orientación Psicodinámica Cognitivo Analítica:

Otto Kerberg perteneciente a la escuela Psicoanalítica recomienda que la psicoterapia psicodinámica sea focalizada y centrada en el aquí y en el ahora del problema del paciente, que no se favorezca la represión ni se hagan interpretaciones tempranas, ya que se ha comprobado cómo ello induce hacia conductas autodestructivas, consecuentemente, con esto se recomienda la desactivación de estas conductas, el control, la contra transferencia y el papel terapéutico activo. (Frankl, 1995).

El trabajo con grupos requiere de establecer evaluaciones de las dinámicas grupales en las cuales el paciente está inserto con su conflictiva, y formular hipótesis de correlaciones entre dinamismos grupales y dinamismos intrapsíquicos activados o potencializados en esa específica situación de interacciones grupales. Aquí debemos incluir la conceptualización del síntoma en cuanto emergente grupal, los roles inconscientes estereotipados, los fenómenos de depositación en determinados miembros, los mitos que el grupo

comparte y su incidencia en la fantasmática reactivada en el paciente, los mecanismos de homeostasis grupal frente a crisis, la inclusión del trastorno individual en las redes de sentido constitutivas como historia del grupo. (Fiorini, 1993)

2. Características del Grupo Terapéutico:

Es una estructura semivacía, un espacio virtual en el que sólo se discrimina abiertamente el rol del terapeuta y el de los pacientes. La estructura semivacía puede llenarse por condensación, en el grupo de transferencias múltiples.

El número ideal de pacientes para análisis de grupo es de 6 a 10. Nuestro grupo consta de ocho pacientes, todos diagnosticados con un trastorno de la personalidad. Este trabajo con grupos permite la depositación transferencial de la familia nuclear y otras personas significativas en los compañeros. El tiempo de las sesiones es de dos horas y media, una vez a la semana, por un período de tres meses. Este es un grupo de tiempo limitado, heterogéneo, cerrado y con objetivos focalizados a la disminución de conductas desadaptativas y el desarrollo de un observador interno. Todos los pacientes iniciaran y terminarán la terapia al mismo tiempo. No ingresará nadie una vez constituido el grupo. [Foulkes, S. H. Athony. E. E. (1,957).

Se tomaran en consideración los aspectos verbales como los pre y paraverbales.

El terapeuta primero y posteriormente también los miembros diferenciarán lo manifiesto de lo latente, implícito en la comunicación, su implicación personal en lo que expresan sobre sí mismos y de donde provienen las reacciones que les provocan los demás. (Portillo,).

La Psicoterapia Breve Cognitivo- Analítica, es doblemente orientada al insight y a la acción, hacia la eliminación de síntomas y al autoconocimiento, favorece la adaptación y la crítica, es una terapia auténticamente biopsicosocial.

En lo cognitivo permite al paciente pensar acerca de si mismo, hecho común a todas las terapias (Horowitz, 2,002), de sus rutinas comunes disfuncionales, de sus estrategias cognitivas de afrontamiento, de sus esquemas básicos. Es una terapia que utiliza en forma automática los auto registros y las tareas para la casa, comunes en los enfoques cognitivo conductuales.

En lo Psicoanalítico, toma en cuenta la presencia de motivaciones y contenidos emocionales que son desconocidos para el sujeto, ideas que están en el nivel inconsciente, deseos y registros de memoria que son accesibles a la capacidad de auto observación del sujeto sin una ayuda específica para ello.

3. Descripción del Tratamiento:

A continuación se detalla el tratamiento:

El tratamiento da inicio en los Salones de Capacitación de la Curia Metropolitana, debido a que no se pudo realizar en la Policlínica de Bethania, donde se había previsto por el horario en que se daban las sesiones terapéuticas (miércoles de 5: 30 – 7:30 P.M.) y además, que la terapeuta solicitó un traslado de Unidad Ejecutora (Policlínica Santiago Barraza de la Chorrera) y no podía realizarse en un horario regular de trabajo de 7: 00 A.M. a 3:00 P.M.

Una muestra de pacientes fueron evaluados con la Entrevista Clínica Estructurada para los Trastornos de la Personalidad del Eje II del DSM-IV, la cual permitió observar similitudes en cuanto a Motivaciones, Conflictos en las Relaciones Interpersonales y los Mecanismos de Adaptación. Esto fue una herramienta de evaluación que permitió a la terapeuta, escoger algunos pacientes entrevistados para ser parte de la investigación. Se evaluaron inicialmente a treinta (30) pacientes; sin embargo, se escogieron a ocho (8) personas que presentaban menos rasgos patológicos y a quienes se encontraban dispuestos a someterse al proceso de la terapia en forma ininterrumpida y cumpliendo con el criterio de inclusión y la confidencialidad acerca de los temas expuestos por el grupo.

No se consideró un inconveniente grave el hecho de que presentasen trastornos de personalidad diferentes, ya que en un inicio se confió en la necesidad de cambio que conciente e inconcientemente presentaban los

pacientes ante el proceso terapéutico; esto se convirtió en la base sobre la cual se fundamenta la terapia de grupo.

Por tratarse de una terapia brindada en un local no institucional, se debía pagar B/ 2.00 por cada paciente, ya que el espacio físico se le alquilaba a la Curia Metropolitana a razón de B/ 16.00 por sesión. La terapeuta no cobró honorarios ni tampoco asignó ningún costo económico a los materiales ni recursos empleados para la elaboración de la terapia. Lo que hace que el costo final de el Proceso Terapéutico para cada paciente fuese de B/ 36.00

En el 90% de las sesiones, los pacientes fueron puntuales y realizaron las tareas solicitadas.

Programa de Dieciocho (18) sesiones terapéuticas para la investigación

PRIMERA SESIÓN:

Se inicia haciendo la presentación terapéutica y dando a los participantes la oportunidad de presentarse a si mismos, se entregó el Inventario Multiaxial de Personalidad Millon, el cual se les pidió que llenaran y lo entregaran al terapeuta en un sobre cerrado. Se les otorgó un tiempo de 60 minutos para la conclusión de esta tarea y a continuación se realizaron algunas preguntas abiertas sobre el motivo por el cual acudieron en busca de terapia: "Podría alguien iniciar esta sesión hablándonos acerca de lo que lo trajo aquí". Una vez se inició el diálogo con los pacientes se promovió que hablasen acerca de los

problemas de su vida, ¿Cuándo comenzó? y ¿Cuándo fue la primera vez que se sintieron así?

En este momento algunos mencionaron a que estaban allí, debido a que su vida social y familiar no funcionaba bien. Una paciente señaló estar allí debido a que pareja la golpeaba y la relación se terminó a causa de este maltrato. Otro paciente señaló que su esposa ya no lo soportaba y que definitivamente su relación con ella estaba muy mal. Una paciente dice que ella hace lo imposible por quedar bien con los miembros de su congregación; pero nunca logra ser lo suficientemente buena para ellos, lo que la deprime mucho y finalmente la última de las paciente que se atreve a participar menciona que su relación de pareja anda bien; sin embargo, ella está allí para mejorar otras relaciones que en su vida no están bien.

Posterior a este diálogo, La Terapeuta fomentó en su intervención la alianza terapéutica positiva, aclaró las dudas en cuanto a como se llevaría acabo el proceso de la terapia y el papel que se esperaba jueguen cada uno de los participantes.

La Terapeuta interviene diciendo: "Algunos han señalado abiertamente cuales son sus preocupaciones en cuanto a sus relaciones, otros tienen otros más claro el porqué no ha funcionado y eso está muy bien; sin embargo, lo importante de este proceso es tener en cuenta que cada uno asiste para

realizar cambios en sí mismos y no en los demás (aquellos con quienes se relacionan)”

Es esta sesión se identificaron los emergentes transferenciales y las reacciones contratransferenciales, los cuales aportan significativamente en el diagnóstico diferencial de cada caso.

La sesión termina con el replanteamiento de la demanda terapéutica los cuales hacen evidentes algunas distorsiones cognitivas ya presentes en los pacientes.

TRABAJO INTERSESION:

La Terapeuta realizó una evaluación de cada caso, para tener bien claro la condición de cada quien previo a la segunda sesión, lo que facilitará la construcción junto con el paciente de su necesidad terapéutica real.

Tomando en cuenta los resultados del Inventario Clínico Multiaxial de Millón, podemos decir que nuestra pequeña muestra, estuvo formada por cuatro (4) pacientes con Trastorno de Personalidad por Dependencia, de los cuales tres (3) eran mujeres y uno (1) era hombre, uno (1) con Trastorno de Personalidad Esquizoide de sexo femenino, otra con Trastorno de Personalidad Narcisista, otra con Trastorno de Personalidad Límite y uno (1) con Trastorno de Personalidad Agresivo Sádico de sexo masculino.

SEGUNDA SESION:

Se inició preguntándole al paciente sobre que aspectos relevantes le ocurrieron y desea compartir con el grupo. En este caso se trata, de permitir la expresión emocional abierta, notando los aspectos esquemáticos y adaptativos que tienen un precedente lógico con el patrón de personalidad que se ha reflejó en las evaluaciones realizadas. Finalmente esto nos permitió guiar a los pacientes en forma consensuada a foco del encuentro terapéutico.

Una paciente mencionó haber tenido una diferencia con su hija adolescente, esta había sido grosera con ella en presencia de unos familiares, quienes le decían que debía regañar a su hija, pues no se merecía semejante trato. La paciente señaló estar triste, pues fue su hija quien le quitó el habla y ella no se atrevía a abordarle por miedo a que se crearan más problemas. Uno de los pacientes le dice que debe hablar con su hija, pues es ella quien ha actuado mal y debe hacérselo saber con mucha firmeza. Otra le dice que espere que su hija se calme para que hablen, pues es lo que ella hace cuando sus hijos se enojan con ella. Una paciente que hasta entonces no había participado en el grupo comentó “yo te recomendaría que la ignores, pues es lo más correcto después de la vergüenza que te hizo pasar” Finalmente la terapeuta interviene diciendo que lo más importante es que se pueda compartir los sentimientos y lo que estos nos causan. Cada quien puede tener una forma de comunicarse, pero Usted, debe emplear su propia forma de dialogar con su hija, teniendo en

cuenta que no es Usted la causante del conflicto, por lo tanto debe abordarla sin temor.

Al finalizar la sesión se preguntó sobre algunos aspectos que pueden generar dudas y no fueron aclarados debidamente durante el diálogo grupal que se llevó a cabo. En esta sesión se deja una tarea, la cual debe estar lista para la siguiente sesión, la misma consiste en pensar y luego escribir las veces que ha querido contarle a alguien como se sentía, pero no lo hizo y ¿Qué lo motivó a no hacerlo? ¿Qué ansiaba decir? ¿Qué lo llevo a guardárselo?

TERCERA SESION:

Se inició preguntando como se sintieron desde la última sesión, luego se hace referencia a la tarea asignada al grupo y se preguntó si alguien deseaba iniciar el intercambio de experiencias emocionales. En este caso La Terapeuta no recibió ninguna respuesta de participación por lo que inicia el dialogo sobre una experiencia propia, lo que despertó el interés del grupo por participar durante el resto de la sesión.

Seguido de este un paciente dijo llevar mucho tiempo de no conversar con su esposa, pues ella trabaja mucho y casi no está en casa. Otro paciente mencionó estar pasando por un divorcio y su incapacidad de hablar acerca de sus sentimientos de tristeza con su familia, pues su ex pareja los ha lastimado a todos, lo cual le produce mucha vergüenza. Una de las pacientes le dice que considera que con mayor razón debe abrirse con su familia, pues ellos quizá

tienen cosas que decir al respecto y pueden compartir su tristeza, su vergüenza y su frustración. Una paciente del grupo le dice al primer participante, que no deje pasar mucho tiempo en esta situación de no hablar con su esposa, pues podría ser que entre más tiempo pasa más distancia se crea entre ellos. La terapeuta interviene y les dice que es muy importante encontrar un momento en la vida de cada quien para expresar sus sentimientos, pues esta parece ser la causa por la cual el grupo esta recibiendo la terapia.

Al finalizar la sesión se sintetiza sobre los efectos que puede haberles causado a nivel personal el distanciarse emocionalmente de alguien o de alguna situación en particular y se dejan abierta dos interrogantes ¿Esto es lo desean sentir en sus relaciones presentes y futuras? ¿Son estos los parámetros que desearían seguir en el resto de sus relaciones?

Se asignó una tarea para la próxima sesión la cual consistió en dividir una página en cuatro partes y colocar una etiqueta en cada cuadrante, asignándole a cada uno la etapa de la niñez, la adolescencia, adulto joven y el periodo actual.

Se le pidió que escribieran en cada cuadrante las relaciones importantes que mantuvieron durante ese periodo, dejando espacio suficiente entre los nombre para escribir una o dos frases al respecto. Junto a cada nombre, escribieron la manera que se distanciaron de esas relaciones. Puede que en algunas se

ayan implicado más que en otras, sea como fuere, debían pensar como podrían implicarse más y escribir una o dos frases al respecto.

CUARTA SESION:

Se inició solicitando en forma voluntaria la lectura de la tarea, se fomentó en el grupo el análisis de la pauta que más se repitió y se formuló la siguiente pregunta ¿Se dan cuenta de la huella que ha dejado el distanciamiento emocional en sus vidas? A muchos de los miembros del grupo, este ejercicio le resulto conmovedor e incluso irritante, ya que la mayor parte de la gente deja pasar muchas oportunidades de expresar sus sentimientos y mucha de sus relaciones se han visto afectadas por esto.

Nuevamente se lanzó otra pregunta ¿Quién podría imaginarse que el distanciamiento emocional pudiera tener un efecto tan dramático?

Una paciente señala que ante al trato cruel y abusivo de su esposo, ella decidió apartarse de su familia, para que no se dieran cuenta de lo que le sucedía, cuando se dispuso a separarse de su esposo, lo primero que le preguntó su madre fue ¿Cuál es la causa de tu molestia? Pues siempre has tenido un buen matrimonio. Ella se encogió de hombros y le empezó a contar toda la verdad; esa noche su madre sufrió una crisis depresiva, pues siempre pensó que cuando su hija tuviera problemas acudiría directamente a ella y no se escondería para ocultarlos como lo había estado haciendo. Su madre se sentía defraudada, por más que la paciente le explicaba que todo era una forma de

protegerse, pues le daba vergüenza admitir que su esposo la había estado maltratando. En este momento se puso a llorar frente al grupo, pues sintió que su relación de pareja no sólo le había hecho daño a ella sino también a la relación que tenía con su madre. Una paciente le dijo que no se culpaba ni pensara que su madre no la entendía, pues esta es sólo la forma en que ella reaccionaba ante el sufrimiento de su hija. Otro paciente dice que él piensa que su madre se culpa por no haber sospechado que algo malo pasaba y que su molestia con ella, nada más es parte de su propia frustración. La terapeuta dijo lo siguiente "considero muy acertado los comentarios de los participantes" , y ella además le agregaría que en este momento lo más importante es poner toda su motivación en reponerse de lo vivido y no desgastarse con tantos recuerdos del pasado sino construir un presente más equilibrado para ella y su hija, que de esta experiencia valía la pena rescatar que en las relaciones con nuestros familiares y amigos cercanos lo adecuado es mostrarse honesto con respecto a nosotros mismos y a lo que nos pasa.

Esta sesión permitió que se evaluara en forma más específica el distanciamiento emocional, de manera tal que se pudo reconsiderar el abandono; ya que es claro que una relación pasa por problemas, la mayor parte de las personas se limita a alejarse cerrando la puerta a la expresión emocional para dejar atrás el dolor.

Se propuso una tarea para la siguiente sesión, en donde se les pidió que confeccionaran una lista con todas las relaciones que se han afectado y en

lugar de tratar de solucionarlas, se optó por el abandono. Se pide que piensen detenidamente en ello, que repases los escritos previos para realizar la lista lo más completa posible y además, que escriban un párrafo o dos acerca de las relaciones abandonadas que resultaron más dolorosas.

QUINTA SESION:

Se inició solicitando la participación voluntaria de la tarea dejada la semana anterior y se les dice que, no teman en participar, lo más común es abandonar una relación difícil en lugar de intentar repararla. Sin embargo, algunas relaciones dejadas en abandono provocan desasosiego emocional, ya que al negarnos a perdonar a otras personas nos sometemos legítimamente al distanciamiento afectivo.

Una paciente señala haberse alejado de su hermana debido a diferencias religiosas, pues ella es evangélica y su hermana católica, lo cual las llevó a tener severos confrontamientos, por lo cual decidió quitarle el habla. Su madre sufría mucho esta situación por que anterior a su cambio de congregación ella y su hermana eran muy unidas y actualmente tenía que llamar a su madre antes de ir a visitarla para evitar chocarse con su hermana. El grupo se mantuvo en silencio y la terapeuta intervino diciendo: "Consideras que esta forma de resolver el problema con tu hermana es efectiva" La paciente dijo que se sentía cada vez más resentida con su hermana, pues en vez de aceptar lo que la biblia decía continuaba creyendo las palabras de los sacerdotes quienes son hombres

sólo se trataba de que expusieran sus emociones de la forma en que la percibían. Debían tomarse el tiempo necesario para describir el dolor que pudieran estar evitando, como les gustaría resolver las cosas y lo que sea que esa persona representaba para ellos en ese momento.

SEXTA SESION:

Se les pidió que se compartieran la carta de manera grupal, tal vez sea una carta que deseaban enviar, o quizás era el principio de una conversación que necesitaban iniciar con alguien. Ya que la mayoría de las personas con dificultades interpersonales emplean el distanciamiento emocional para alejarse de personas quienes en realidad desean estar cerca, es como un muro que se levantan frente a la necesidad del intercambio con ese otro.

La paciente evangélica levantó la mano sin temor ni dudas para compartir la siguiente carta: *“Querida Hermana: Cada quien ve las cosas de un modo distinto, te pido que me perdones por haber querido que vieras a Dios como yo lo veo, pues definitivamente me sobrepasé, deseó que me perdones”*

El grupo aplaudió la honestidad y el valor que tuvo la paciente de compartir su carta y de reconocer sus debilidades personales en relación a su hermana, ella se mostró satisfecha con la respuesta del grupo y agregó que en cuanto pudieran enviaría la nota junto con un ramo de flores en busca del perdón de su hermana. La terapeuta intervino diciendo: No importa cuanto tiempo nos tome

encontrar nuestros muros emocionales, lo más importante es tener el valor de derribarlos.

Al final de la sesión se reflexionó con el grupo sobre que les gustaría hacer, para echar abajo los muros emocionales que habían levantado en sus relaciones. ¿Qué es lo que expandiría los límites de su propio nivel de comodidad, a la vez que le ayudaría a reconstruir, el contacto emocional con las personas que más le importan en este mundo.

Tarea para la siguiente sesión:

Confeccionar una lista con tres personas con las que se ha distanciado emocionalmente y durante los próximos tres días, trazar un plan para hacer algo cada día, que le permitiera atravesar la barrera emocional. Tal vez sea llevar a su hijo a un partido durante una tarde, llevar a su madre a comer o invitar a alguien significativo para usted a tomar algo. Sea lo que sea, debían expandir sus límites, todo lo que su nivel de comodidad le permitieran.

Para hacer esto debían considerar:

- ❖ Permanecer totalmente presente y ser conciente de la otra persona.
- ❖ Pensar en algo que pudiera decirle a esa persona acerca de sus sentimientos hacia ella y que nunca le dijo antes.

- ❖ Escuchar y responder a los sentimientos de esa persona.
- ❖ Tomarse un tiempo a lo largo del día para escribir como se sintió y que supone sintió la otra persona mientras estaban juntos.

SÉPTIMA SESION:

Se solicitó que se comentara la tarea asignada y se fomentara el intercambio emocional en el grupo de manera analítica y se procedió a realizar las devoluciones terapéuticas de los avances encontrados en cada caso.

Uno de los pacientes compartió el siguiente relato “Mientras estuve con mi esposa noté que ella se sentía cansada así que traté de no hablar de ningún tipo de situación difícil y le recordé cuando íbamos al Caswey de novios a pasear las tardes , viendo a las personas hacer ejercicios. Ella empezó a recordar lo bueno que era no tener compromisos y poder irnos a pasar la tarde dónde quisiéramos. Creo que mucho de lo que nos pasa es que tenemos un exceso de actividades y ya no sacamos tiempo para compartir en pareja como antes, cuando sólo éramos ella y yo.”

La paciente que se separó de su esposo por su trato violento señaló que sus problemas habían empezado cuando se casó, pues cuando eran novios, él solía decirle algunas cosas y pelear; pero jamás se atrevió a pegarle en ese tiempo. Ella se sentía bien en su relación y se preguntaba qué había podido hacer que su esposo cambiara.

La terapeuta intervino y le dijo que las personas violentas no se convierten en abusadores de un día para el otro; puede ser que su ex pareja fue abusado y ya se comportaba violento; pero, usted por estar enamorada de él no lo notó. Al convivir juntos, es probable que esto se haya hecho más frecuente hasta convertirse en violencia física; sin embargo, de todas las relaciones, por difíciles que puedan ser, siempre aprendemos algo y podemos rescatar cosas positivas. Es importante poder percatarnos de que nuestras relaciones pasadas, presentes o futuras, siempre nos dejan cosas buenas y malas como la vida misma que tiene momentos de alegría y otros de infelicidad.

OCTAVA SESION:

Se hizo referencia a que en las sesiones pasadas se habían expuesto muchas emociones que evitaban por algún tiempo el conflicto, "de manera ineficaz", así que el trabajo terapéutico de esa sesión abarcaría el manejo de emociones más placenteras como la alegría. Se hizo la siguiente tarea: Piense en la última vez que albergó una emoción de alegría, escríbalo en forma de relato. Asegúrese de incluir todos los detalles posibles, tómese el tiempo necesario e imagine que escribe una historia para una popular revista.

Se solicitó al grupo que compartieran su relato, lo cual fomentó una ronda de confesiones y de experiencias gratas.

Una paciente recordó que cuando fue por primera vez sola a una discoteca con sus amigas, se sentía tan bien de saber que sus padres confiaban en ella que

no tenía una hora específica para llegar; pues lo único que le pidieron fue que se cuidara. Otra paciente recordó el día de su graduación, ya que lo pudo compartir con su padre que se había ausentado de su vida por años y se había convertido en un padre de llamadas por teléfono y nada más; pero ese día se tomó el tiempo para viajar desde el interior y pasarse el día con él. Eso fue bueno, pues siempre pensó que no le importaba mucho a papá.

La paciente evangélica recordó que antes de pelearse con su hermana se hablaban a diario para conversar acerca de sus hijos y sus dificultades como madres. En esos momentos pensaba que su única amiga era su hermana.

La terapeuta interviene para decirles que todos tenemos ese tipo de momentos en nuestras vidas, en donde todo parece estar bien y es importante alimentar nuestras mente con estos recuerdos para cuando estamos pasando por situaciones difíciles y nos ayuden a equilibrarnos ante estas experiencias desagradables.

La alegría es poder sentirnos bien con lo que hacemos y con quien podemos compartir estos momentos.

Para la próxima sesión se le dejó de tarea:

Una vez más, lea su relato de la alegría, pero en esta ocasión repásela con ojo crítico. Deshaga su relato y analice las partes. ¿Cuánto hace de la última vez

en que experimento alegría? ¿Qué hay en su relato que le reporta alegría?
¿Puede resumir su alegría en unas pocas frases?

Escriba una crítica de su relato. Observe los temas y los significados ocultos
¿Qué decía entre línea? ¿Qué es lo que no digo? ¿Hay parte de la Historia que
no tuve el valor de decir?

NOVENA SESION:

La terapeuta inició preguntando si alguien quería empezar a comentar la tarea,
o si dicha tarea despertó alguna emoción digna de compartir en el grupo.

Uno de los pacientes que se encontraba pasando por un proceso de divorcio,
recordó el tiempo de noviazgo con su ex pareja. Ambos eran estudiantes
universitarios y tenían mucho tiempo para compartir, además de que nadie más
intervenía en sus vidas, ya que su suegra se encontraba en el interior y no se
involucraban mucho en la relación. El pensaba que si su suegra se hubiese
quedado lejos de su hija él aún estaría casado; pues ella se encargó de dañar
la situación de ambos. El otro paciente varón dice, lo mismo pasa cuando mi
suegra viene a mi casa; todo toma una connotación negativa y de veras no
ponemos tensos, ya que la señora llega dando órdenes.

La paciente que fue víctima del abuso por parte de su esposo dijo: mi suegra
jamás se mostró afectuosa conmigo, más bien era distante, no me daba

oportunidad de acercármele ni siquiera para conversar; sin embargo, tampoco puedo decir que aprobaba la conducta de su hijo conmigo.

La terapeuta dijo: Creo que es real que muchas personas han sido negativos en algunas circunstancias; sin embargo, ninguno de ellos está aquí como para cambiar lo malo que hayan hecho. Los únicos que estamos aquí, somos nosotros y esa es la razón por la que vamos a mejorar nuestra forma de vida, de manera que vamos a sacar lo mejor, de todas estas experiencias vividas.

Una paciente que no había participado ese día dijo: Bueno, es no todos en las relaciones no es malo, hay momentos de felicidad y por más mala que sea una relación siempre tiene algo de bueno.

Luego se le pidió que adopten una posición cómoda y cerraran los ojos si querían, y pensarán en los buenos momentos de su vida. Cuando se manifestara cualquiera de esos recuerdos en su mente, asignaran una pequeña distinción significativa, por ejemplo, conocía a mi esposo, mi padre volvió del extranjero, el nacimiento de mi hijo, etc.

Se les hizo la advertencia de que al confeccionar la lista, tuvieran cuidado en elegir acontecimientos que le resultaran especialmente alegres y no los que debían haberlo sido; ya que lo que se pretendía es que se replantearan su vida y no que se generaran fantasías acerca de cómo debió haber sido.

Se les dieron las siguientes instrucciones: "Tómese su tiempo y confeccione la lista lo más completa posible. No importa si le cuesta horas o días; Hágalo. Una vez completada trace una línea vertical dividiendo su papel de arriba abajo. La línea representa la cronología de su vida, siendo la parte superior su nacimiento y el fondo el presente. ¿Qué es lo que ve? ¿En qué momento de la vida tuvo las experiencias más felices? ¿Qué sucedió en su vida en ese periodo? ¿Qué ha cambiado en su vida desde entonces y ahora? Escriba acerca de todas estas cuestiones

DÉCIMA SESION:

Se le solicitó que leyeran y repasaran su escrito. Era importante reconsiderar dos aspectos para hacerlos concientes. Uno se llama desencadenante y el otro se llama bloqueo. Un desencadenante o activador es un acontecimiento que precede a la alegría. Un bloque es un suceso que hace que uno suspenda una emoción.

En esta sesión se procuró que los pacientes identificasen como bloquean la emisión de recuerdos alegres. Entre los aspectos que pueden influir en estos se encuentran:

- ❖ Llenado su vida de obligaciones para no tener tiempo para la alegría.
- ❖ Creando un conflicto siempre que surge la posibilidad de alegrarse por algo.
- ❖ Realizando una acción opuesta inmediatamente para que la alegría no puede expresarse.

- ❖ Convenciéndose así mismos de que si algo es satisfactorio será automáticamente malo para ellos.

Una vez los pacientes realizaron este análisis, la terapeuta les dijo: "Al empezar a reflexionar acerca de sus bloqueos ante la alegría le vendrán a la mente muchas cosas. Descubrirán porque fue necesario guardar sus emociones y como les sirvió ese momento. También experimentarán el gran costo que tuvieron que pagar al hacer frente a las cosas de este modo". No es raro que experimenten tristeza al darse cuenta de cuanto tiempo a transcurrido mientras han tratado de evitar la alegría.

Debían permitirse experimentar la tristeza, llorar si era necesario y pasara lo que pasara lo importante era no bloquear los sentimientos de tristeza; porque es bueno, sentirse mal por la pérdida de la alegría.

Algunos preguntaron que debían hacer para no bloquear la alegría y la respuesta que recibieron fue implicarse en comportamientos incompatibles. Estos comportamientos son aquellos que son opuestos a sus bloqueos. Como ejemplo se dijo: Se bloquea la alegría al evitar los riesgos, entonces deberá obligarse a hacer algo que sea arriesgado, como cantar como solista en una iglesia o más bien en un karaoke. Los comportamientos incompatibles les impiden realizar un bloqueo simultáneo.

Tarea para la siguiente sesión:

Confeccionar una lista de al menos tres bloqueos que le impidieran experimentar alegría. Escribir junto a cada uno un párrafo corto explicando como lo hacen. Al completar la actividad anterior, había que apuntar un comportamiento incompatible para cada bloqueo. A lo largo de los próximos días debían obligarse a llevar a cabo al menos uno de los comportamientos incompatibles.

A continuación se narra lo que propuso un paciente: Un señor que bloqueaba su alegría mediante estrés laboral, inicio un factor activador de alegría, dejando la oficina a la hora del almuerzo y yendo al parque: "Cada día es igual para mi, atender llamadas por teléfono, asistir a reuniones, comidas, responder más llamadas, más correos electrónicos y la repetición de lo mismo. Eso es lo hago todos los días. No hay alegría alguna en este cubículo al que llamo oficina. Sin embargo hoy en lugar de irme a almorzar, me fui a pasear al parque Omar, todo estaba tranquilo, los pájaros cantaban muy alto. Me senté en una banca por 10 minutos, estuve sentado, se me empezaron a relajar los hombros y la atmósfera del lugar me liberó del estrés y de la rutina toxica de la oficina. Empecé a sentirme vivo y recordé que la vida no es solo trabajo. Decidí que regresaría al día siguiente con un libro, pues hace mucho que no leo algo que no sea trabajo. Esta bien sentirse relajado a la mitad del día.

Tarea para la casa.

Elegir a los largo de los próximos tres días hacer algo que desencadenara alegría. Al final debían escribir un párrafo o dos al final de la experiencia.

UNDECIMA SESION:

En esta sesión se les dijo que trabajaran con algunas emociones recordadas que pudieran estar afectando sus actuales relaciones, cada uno de los ejercicios estaba diseñado para ayudar a reconocer algunos de los recuerdos emocionales de los que cargaban

Se les pidió que escribieran cual había sido la experiencia más dolorosa de su vida y tenían que calificar todas las experiencias según lo traumáticos de cada una. Las preguntas que debían contestar eran: ¿Cuál ocuparía el primer lugar? ¿Qué le paso? ¿Quién más estuvo implicado? ¿Cómo se sintió? ¿De qué manera cambio su vida?

DUODECIMA SESION:

Había que leer lo que escribieron y narrar cual ha sido la relación que le reportó la experiencia más dolorosa de toda su vida.

Durante esta sesión, una paciente compartió lo siguiente: No puedo olvidar el día en que llegue a casa y abriendo la puerta encontré a mi esposo en la sala, semi desnudo con otra mujer, la verdad sólo se que cerré la puerta y me fui devuelta al trabajo como si no hubiese visto nada. Cuando regresé en la noche,

solo le pedí que se fuera pues no deseaba verlo más, e inmediatamente salí corriendo al baño a vomitar, ya que su presencia me producía tal molestia que mi estómago se vio afectado por varios días.

La terapeuta le señaló a la paciente que la emoción de haber sido engañada pudo haber tenido una conexión con algún aspecto inconciente pues su inusual forma de responder al hecho le sugiere que se encuentran aspectos inconcientes reprimidos, los cuales adquieren la expresión somática y sintomática de un malestar estomacal. Seguido de un largo silencio, la paciente dice haber descubierto a su padre siéndole infiel a su madre, quien le prohibió mencionarle el hecho a esta, razón por la cual tuvo que guardar este doloroso secreto hasta su vida adulta, cuando finalmente debido a su propia problemática conyugal, el doloroso secreto encuentra una forma de manifestarse somáticamente.

Tarea para la siguiente sesión:

Tenían que pensar en su niñez y recordar a quienes se ocuparon de ellos (para la mayoría de nosotros fueron nuestros padres), ¿Qué emociones recordadas arrastra de su relación de infancia con esas personas? ¿Siguen afectando su vida? ¿Esto sigue afectando su relación con ellos?

DÉCIMA TERCERA SESIÓN:

Se compartió la tarea de la sesión anterior. Una paciente expresó lo siguiente:

Hablaré de la relación con mi madre, pues ella es una mujer fuerte y nos crió a todos para serlo también. Provenía de un hogar en donde se le había enseñado a no mostrar ante nadie debilidad alguna, razón por la cual enfocó todos sus esfuerzos en que la ausencia de mi padre no nos afectara en lo absoluto y que de ninguna manera nos hiciera sentirnos vulnerables. De hecho, a mi hermana menor le eliminó por completo la posibilidad de verlo, pues consideró que lo mejor para nosotros era pensar que mi padre había muerto. Así que desde los 10 años solo escuche hablar en raras ocasiones de él; y cada vez que intente preguntar de una manera sutil a mi madre por él, entraba en tal crisis de ira que finalmente agoto todos mis deseos de acercarme a mi padre. Así actuó mi madre con cuanta persona consideraba nociva para nosotros. Manipulaba la situación de tal forma que terminábamos prefiriendo alejarnos por temor a sus reacciones dramáticas y crueles. Actualmente soy extremadamente sensible a cualquier intento de manipulación, en el momento que alguien me sugiere una forma de comportarme o pensar me resisto brutalmente. Cuando algo no me sale como esperaba, imagino que secretamente he dejado que alguien me manipule y a veces es sólo el efecto de una circunstancia pasajera; pues casi nunca le permito a nadie acercarse tanto a mí, como para que se atrevan a influenciarme en algo. Creo que los recuerdos de cómo mi madre se las arreglaba para salirse siempre con las suyas me tienen enferma.

La Terapeuta le sugirió que probablemente los recuerdos negativos de la conducta manipuladora de su madre tenían una gran fuerza en su vida actual.

Lo ideal sería hacer las pases con esa niña resentida que vive en su interior para desarmar la influencia que esos recuerdos en su presente inmediato. Ya que de esta forma, podría reconocer cuando su molestia ante un hecho de manipulación es merecida y cuando es el vestigio de un enfrentamiento con su madre en el pasado.

También le sería útil, reconocer que no todos los recuerdos de la relación con su madre son negativos, pues algunos deben ser positivos y lo ideal sería integrarlos a la experiencia de su relación con ella.

Tarea para la siguiente sesión.

Se les pidió que tomaran un tiempo para recordar las experiencias más alegres de su vida. ¿Qué les ocurrió? ¿Qué relación se implicó en la experiencia? ¿Cómo esas emociones eran recordadas en el presente?

DECIMO CUARTA

Alguno tenía que compartir su tarea con el grupo. Un participante se ofreció a leer la suya:

El pensar en casarme con T... era la expresión más elevada de mi felicidad sin embargo, al darme cuenta que sólo yo sentía esto y para ella sólo representaba un compromiso, fue como un golpe directo a la cara, pues todo cuanto yo quería era que ella fuera feliz.

Sin embargo, hoy me doy cuenta que ese deseo no tenía nada que ver con la felicidad de T...; pues eso era lo que me hacía feliz a mí. ¿De qué puedo quejarme? De buena fuente sé, que vive felizmente con alguien a quien quiere mucho y al final creo que eso era lo que yo quería para ella.

La terapeuta le comenta “que las emociones recordadas colorean nuestras vidas y que cuando mejor funcionamos es cuando recordamos nuestras emociones y somos conscientes de la manera en que afectan nuestro momento presente. Pues una emoción recordada acerca de un evento doloroso con alguien extranjero, por ejemplo puede llegar a generalizarse englobando a todas las personas que reúnan de ese país. La única forma de utilizar las emociones recordadas, es sentirlas y examinarlas con respecto a la influencia que tienen en el momento presente.

Tarea para la siguiente sesión.

Realizar un resumen de cómo puede haberle afectado en su vida las emociones recordadas durante el proceso terapéutico.

DECIMA QUINTA:

Alguien compartió su tarea con el grupo:

Bueno, señala un muchacho, yo recordé que me molesta sobre manera la forma en que se tardan o pierden el tiempo las personas mientras manejan.

Cuando esto sucede, me molesto tanto que le grito a la persona y le hago gestos con los dedos. La semana pasada mientras regresaba de mi trabajo el carro que se encontraba delante de mí, se detuvo mientras el semáforo cambiaba de luz. Al ponerse la luz en verde, el conductor tardó en encender el carro y yo me exasperé tanto que cambié de carril disponiéndome a gritarle cualquier barbaridad. Fue entonces que recordé que mi madre me hacía lo mismo cuando iniciaba mis práctica de manejo, me ridiculizaba por no hacer las cosas tan bien como ella. Ella era tan precisa, que yo a su lado era un tonto.

Una vez me paso algo similar a lo del semáforo, pues cuando la luz cambió, de los nervios el carro se me detuvo y de inmediato mi madre me obligo a retirarme del volante, mientras me regañaba por ser tan falto de atención. Pues si seguía así, fracasaría en todo en la vida.

Creo que desde entonces soy muy severo frente a los errores de las personas, pues lo primero que hago es precisamente lo que odiaba que mi madre me hiciera.

La terapeuta señala al paciente que las emociones y las sensaciones recordadas son como reflejos automáticos, pero definitivamente que se puede detener la forma en que reaccionamos ante lo que nos está pasando y trazarnos un plan de acción.

DECIMO SEXTA:

Otros pacientes compartieron la tarea de la sesión anterior:

Creo que a mí me pasa lo mismo con la ineficacia de alguien, trato de obligarme a contar hasta 10, antes de decir o hacer algo. Luego procuro decir algo agradable sobre la persona y si el momento se presta le ofrezco un consejo de utilidad sin ridiculizar, ni culpar a la persona.

Devolución Terapéutica:

Trazar un plan para manejar una emoción recordada, cuando no se está consumido por ella, nos ayuda a actuar de manera más apropiada respecto al momento presente. Cuando se está sumergido en dicha sensación a veces resulta difícil distanciarse y examinar lo que está sucediendo. Hacer esto y luego intentar seguirlo es un buen sistema para ayudarse a uno mismo a cambiar. La práctica de identificar y examinar emociones recordadas ayuda a mejorar cuando se está en un proceso de cambio, pues como hemos compartido hasta aquí, se trata de una de las mejores habilidades para el beneficio de la salud emocional.

Tarea para la sesión siguiente:

Identificar tres o cuatro maneras de reaccionar, basándose en una emoción recordada y que no sea un tema sobre el cual se compartió.

DECIMO SÉPTIMA SESIÓN:

Había que compartir el ejercicio de la sesión anterior:

Una paciente recordó que en su actual situación matrimonial, actuaba de la misma manera como actuaba su madre cuando ella era niña. Su conyugue abusaba de ella y en ocasiones el abuso se extendía a la niña; sin embargo ella trataba de minimizar los hechos frente a esta. Ella consideraba que de esta forma su hija no sufriría por los agravios recibidos y su matrimonio podría continuar. Sin embargo, un día se sorprendió mucho cuando vio a su hija secarse rápidamente las lágrimas de sus mejillas, mientras pasaba de su habitación al baño, como recurso de no ser vista, después de una discusión entre ella y su esposo. Ese día comprendió que nada de lo que pasaba era ajeno a su hija, pues ambas resentían la conducta de su esposo.

La terapeuta explicó a esta paciente que era normal intentar resolver los problemas familiares de la misma forma como nuestros padres lo han hecho, pues es lo que se aprende con los años, sin embargo hacer un plan para no repetir esto con su hija y más bien permitirse a ambas expresar libremente sus emociones, haría una gran diferencia para ambas. Pues lo correcto para su situación era conocer como la situación la afectaba y examinarse a profundidad, ya que esto es la única manera de reconocer como su pasado emocional influye en su momento presente.

DECIMO OCTAVA Y ÚLTIMA SESION:

La sesión se dirigió a escribir una carta de despedida a la emoción recordada que más ha influenciado en su vida. Tenían que dirigirse a ella como si fuese una persona, contarle como ha cambiado su vida y expresarle que la recordará pero que definitivamente le niega el derecho de dirigir su vida desde este momento.

Al finalizar la tarea se realizó un conversatorio grupal acerca de las emociones en cuestión y se reforzó la decisión de los participantes de no concederle el poder que sobre ellos habían tenido. De manera simbólica se destruyeron las cartas de despedidas y fueron tiradas en el cesto de la basura, como una conducta emitida hacia la eliminación de estas en la vida de los pacientes; con lo cual se dio por terminada la intervención terapéutica.

La terapeuta recomendó incorporar lo aprendido a la experiencia de vida de cada paciente; pues cuando un recuerdo no es positivo, podemos eliminarlo, simbolizando con este ritual la salida de nuestra vida.

B. Variable Dependiente:

1. Resolución de los Conflictos Interpersonales y Comportamientos

Adaptativos:

Para la resolución de los Conflictos Interpersonales es importantísimo reconocer que los procesos de personalidad se forman y operan al servicio de la adaptación. Si bien dentro de este concepto no se puede dejar de lado que

las pautas de personalidad pueden derivarse de la herencia filogenético. Las estrategias genéticamente determinadas que facilitaron la supervivencia y la adaptación fueron presumidamente favorecidas por la selección natural. Lo que nos permite entonces señalar que derivados de esas estrategias primitivas pueden observarse en forma exagerada en los síndromes sintomáticos como Trastornos de Ansiedad, Depresión y Trastornos de Personalidad. En otras palabras, la evaluación de las exigencias particulares de una situación es anterior y desencadena una estrategia adaptativa inapropiada.

La manera de evaluar una situación depende por lo menos en parte de las creencias subyacentes pertinentes. Estas creencias están insertadas en estructuras más o menos estables, denominadas esquemas que seleccionan como van a sintetizar los datos que ingresan. La selección psicológica pasa entonces de la evaluación a la actividad afectiva y motivacional y finalmente a la selección e instrumentación de la estrategia pertinente.

Los rasgos de personalidad identificados como dependiente retraído, agobiante o extravertido pueden conceptualizarse como expresiones abiertas de estas estructuras subyacentes; ya que al asignar significados a los acontecimientos, las estructuras cognitivas inician una reacción en cadena que culmina en los tipos de conducta abierta, (estrategias) conductuales que comúnmente adscribimos a los rasgos o disposiciones de la personalidad (honesto, tímido,

sociable), representan en consecuencia estrategias interpersonales desarrolladas a partir de la disposición innata y las influencias ambientales.

Gran parte de la conducta que observamos en animales no humanos se considera en general programada. Los procesos subyacentes están programados y se expresan en la conducta manifiesta. El desarrollo de estos programas, a menudo depende de la interacción con estructuras determinadas genéticamente. Se supone que en los seres humanos existen procesos evolutivos similares (Gilbert 1989).

Por lo ya mencionado, es razonable considerar que los procesos automáticos (el modo en que construimos los acontecimientos, sentimos y nos disponemos a actuar), influyen en los procesos cognitivos –afectivos-motivacionales antiguos. Los programas involucrados en la excitación y la motivación pueden haber evolucionado como consecuencia de la capacidad para sostener la vida y promover la reproducción.

Presumible es que la selección natural ha generado algún tipo de ajuste en las conductas programadas y las exigencias del ambiente; pero nuestro ambiente ha cambiado con más rapidez que nuestras estrategias adaptativas automáticas, en gran medida como resultado de las modificaciones que nosotros mismos le hemos impuesto a nuestro medio social. Así las estrategias de predicción competencia y sociabilidad que fueron útiles en entornos más

primitivos, ya no se adecuan al sistema actual de una sociedad altamente individualizada y tecnológica, con su propia organización cultural y social especializada. Una inadecuación puede ser un factor en el desarrollo de la conducta que diagnosticamos como Trastornos de Personalidad.

En los seres humanos, el término estrategia puede aplicarse análogamente a formas de conductas que pueden ser adaptativas o inadaptativas, según las circunstancias. El egocentrismo, la competitividad, el exhibicionismo y la inatención de lo desagradable pueden ser adaptativos en ciertas circunstancias, pero muy inadaptativos en otras. Puesto que solo podemos observar la conducta manifiesta de otras personas, surge la interrogante de cómo están nuestros estados inconscientes (pensamientos, sentimientos y deseos). pero si examinamos las pautas cognitivas y afectivas, advertimos una relación específica entre ciertas creencias y actitudes por una parte y la conducta por otra.

Un modo de ilustrar esta relación, consiste en examinar los procesos exagerados que se observan en los individuos con Trastornos de la Personalidad, y comparar las actitudes típicas específicas asociadas a estos desórdenes como las estrategias correspondientes.

VIII. INSTRUMENTO DE MEDICIÓN

A. El Inventario Clínico Multiaxial de Millon (MCM-II)

Es una prestigiosa técnica de Evaluación en Psicología Clínica y Psicopatología, construida dentro de un contexto teórico y de investigación que viene desarrollándose de forma continua y progresiva desde finales de los años sesenta.

Fue desarrollado para sujetos con más de 17 años de edad con un nivel de comprensión lectora adecuado (aproximadamente un nivel de 8 años de escolarización)

Las veintidós (22) escalas clínicas se dividen en cuatro secciones principales:

Escalas Básicas de Personalidad “S”, “C” y “P”; Escala de Síndromes Clínicos de Gravedad Moderada “A”, “H”, “N”, “D”, “B” y “T” y Escalas de Síndromes Clínicos de Gravedad Severos “SS”, “CC” y “PP”

Las Escalas Básicas de Personalidad son una configuración que comprende las dos o tres escalas más altas y pueden ser utilizadas clínicamente de una manera lógica para identificar y sintetizar las diferentes dimensiones de los patrones interpersonales del paciente, afectividad, estilo cognitivo y tendencias comportamentales. Sin embargo, las Escalas incluidas en este análisis, deben limitarse solamente a las dos o tres más altas, especialmente, si superan el nivel de 75.

La personalidad patológica escala “S”, “C” y “P” en primer lugar, cada escala debe ser analizada por separado. Las puntuaciones inferiores a 60, generalmente no suministran información sobre el diagnóstico específico.

Las puntuaciones de 75 a 84, indican un nivel de funcionamiento crónico y moderadamente grave de personalidad y las puntuaciones de 85 y superiores,

pueden ser indicativos de unos patrones de personalidad más descompensados.

Para formular una interpretación del perfil de estas tres escalas, deben seguirse dos pasos: En primer lugar deben analizarse la elevación relativa de las escalas, para ver el carácter de los patrones de personalidad patológica; este perfil podría apuntar hacia un patrón dominante. En segundo lugar deben integrarse los perfiles de las escalas básicas de personalidad con los trastornos de personalidad patológica, para suministrar una síntesis más compleja de la estructura básica de la personalidad del paciente y el nivel y el carácter de sus características patológicas (por ejemplo, presenta una personalidad básicamente pasivo-agresivo y un nivel limítrofe)

Los síndromes clínicos de gravedad moderada; escalas de la "A" a la "T", en primer lugar, estas seis escalas deben analizarse por separado. Las puntuaciones entre 60 y 74, son sugerentes, pero no lo suficientemente indicativas de sintomatología patológica de las escalas, a menos que sean puntuaciones más allá de esta parte del perfil. Las puntuaciones entre 75 y 84, revelan la presencia de trastornos en escala. Las puntuaciones entre 85 y superiores, suministran un fuerte apoyo a la presencia de síntomas patológicos.

Los síndromes clínicos graves, escalas "SS", "CC" y "PP". Estas tres escalas, pueden indicar un nivel de perturbación psicótica, cuando las puntuaciones pasan de 74. Las puntuaciones de 85 y superiores, ofrecen un fuerte soporte,

para estas inferencias; mientras que las puntuaciones entre 75 y 84, son altamente sugerentes. Cada escala debe ser abordada por separado, para especificar el particular carácter del trastorno; sin embargo, no es infrecuente una mezcla de cuadros clínicos.

IX. POBLACIÓN Y MUESTRA

A. Universo:

Pacientes que acuden a Consulta Externa en la Policlínica de Bethania en busca de atención psicológica por presentar problemas en sus relaciones interpersonales.

B. Muestra:

Es un grupo no aleatorio, de 8 Sujetos de ambos sexos y con edades entre 25 a 50 años, con Diagnóstico de Trastorno de Personalidad.

La muestra empleada para esta investigación corresponde a dos hombres y seis mujeres en edades de 25 a 50 años, los cuales presentan conflictos a nivel de las relaciones interpersonales más cercanas y tendencias a la desadaptación con respecto a su ambiente inmediato.

Su nivel de escolaridad en su mayoría, era Bachillerato, algunos alcanzaron estudios universitarios no necesariamente habiéndolos concluido. La mayoría

reportaron estar casados, con hijos, pero presentaron conflictos con sus parejas actuales, los cuales les habían llevado a terapia.

La mayor parte de la muestra provenía de hogares completos conformados por ambos padres, aunque algunos reportaron disfunciones y hábitos adictivos, en sus familias de origen como por ejemplo: consumo de alcohol, cigarrillos, padres violentos, madres dominantes y algunos reportaron haber sufrido abusos, incluyendo el sexual.

Las carencias afectivas de estos sujetos los llevaron a establecer relaciones íntimas, a temprana edad en busca de un objeto de afecto protector y resguardador.

Presentaban conflictos con sus parejas actuales, debido a su inmadurez emocional, ya que idealizaban y fantaseaban con una relación de pareja perfecta, la cual se alejaba mucho de su realidad inmediata.

Tomando en cuenta los resultados del Inventario Clínico Multiaxial de Millón, podemos decir que nuestra pequeña muestra, estuvo formada por cuatro pacientes con Trastorno de Personalidad por Dependencia, de los cuales tres eran mujeres y uno era hombre y uno con Trastorno de Personalidad Esquizoide de sexo femenino, otro con Trastorno de Personalidad Narcisista de

sexo femenino, otro con Trastorno de Personalidad Límite de sexo femenino y uno con Trastorno de Personalidad Agresivo Sádico de sexo masculino.

CAPÍTULO III

PRESENTACIÓN Y ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS

I. Análisis Estadística De La Investigación

**CUADRO # 1:
ANTISOCIAL**

Sujeto	Antes	Después	diferencia	d-Md	SC	Ho: $\mu = 0$ Ha: $\mu \neq 0$
1	110	86	-24	-15.62	244.14	
2	37	57	20	28.34	805.14	
3	85	57	-28	-19.6	385.14	
4	18	62	44	52.37	2743.14	
5	33	18	-15	-6.62	43.89	
6	11	98	87	95.37	9096.39	
7	90	24	-66	-57.6	3320.64	
8	90	5	-85	-76.6	5871.39	
			-67 Md = - 8.375		$\sum d^2 = 22509.87$	

$$gl = n - 1 = 7$$

Md: Media de las diferencias.

$$Sc = 22509.87$$

$$t_o = \frac{Md - \mu}{S_m}$$

$$S_m$$

$$S^2 = \frac{Sc}{Gl}$$

$$t_o = \frac{-8.375 - 0}{20.05}$$

$$Gl$$

$$20.05$$

$$t_o = -0.4177$$

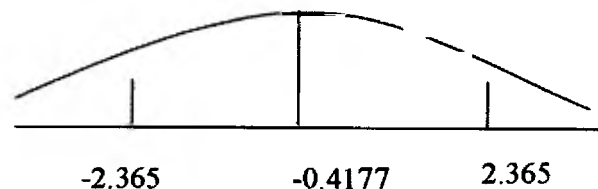
$$t_t = -2.365$$

Decisión Estadística: NO se rechaza Ho.

$$S^2 = 3215.6957$$

$$S^2 M = \frac{S^2}{n}$$

$$n$$



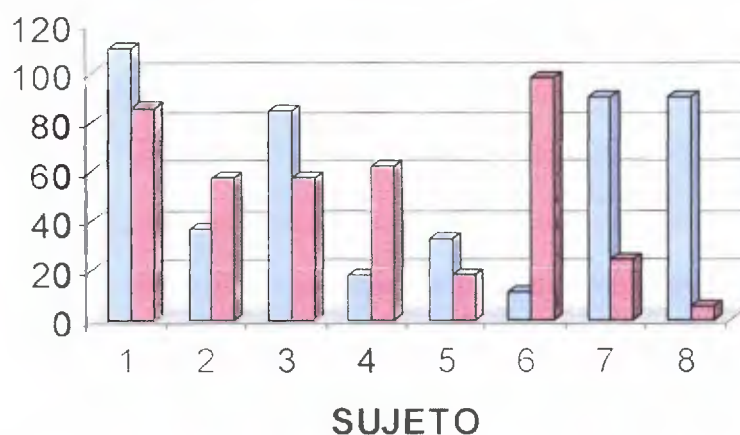
$$S^2 M = 401.962 \quad SM = \sqrt{S^2} \quad SM = \sqrt{401.962}$$

$$SM = 20.05$$

No se Rechaza Ho, por lo tanto no se acepta la Hipótesis de Investigación, no existen diferencias significativas en el Rasgo Antisocial Antes y Después de Someterse a la Psicoterapia

GRÁFICO # 1

PUNTAJE OBTENIDO EN PRETEST VS PUNTAJE OBTENIDO EN POSTEST PARA RASGO ANTISOCIAL



PRETEST (ANTES)

POSTEST (DESPUÉS)

CUADRO # 1

Para responder a nuestra hipótesis de investigación acerca de que los patrones de personalidad varían después de que los pacientes se sometieran a la terapia Cognitiva-Analítica; el Rasgo Antisocial, refleja que no hubo diferencias significativas en las puntuaciones de las pruebas antes y después de haber recibido la Terapia Breve Cognitivo- Analítica a pesar de que se observaron disminuciones en las puntuaciones de la prueba, después de haber recibido la terapia, el rasgo antisocial, se mantuvo uniforme como se puede observar en la gráfica.

CUADRO # 2:

ESQUIZOIDE

Sujeto	Antes	Después	diferencia	d-Md	SC	Ho: $\mu = 0$ Ha: $\mu \neq 0$
1	60	76	16	43.25	1870.56	
2	91	56	-35	-7.75	60.06	
3	63	17	-46	-18.7	351.56	
4	81	38	-43	-15.7	248.06	
5	36	31	-5	22.25	495.06	
6	99	32	-67	-39.7	1580.06	
7	17	9	-8	19.25	370.56	
8	49	19	-30	-2.75	7.56	
n=8			-218 Md = - 27.25		$\sum d^2 = 4983.5$	

gl= n - 1 = 7
diferencias.

Md: Media de las

$$Sc = 4983.5$$

$$t_o = \frac{Md - \mu}{S_m}$$

$$S_m$$

$$S^2 = \frac{Sc}{Gl}$$

$$Gl$$

$$t_o = \frac{-27.25 - 0}{9.43}$$

$$9.43$$

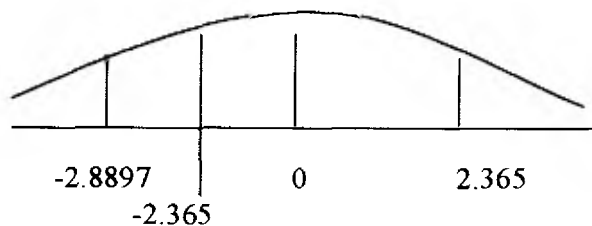
$$t_o = -2.8897$$

$$t_t = -2.365$$

$$S^2 = 711.9286$$

$$S^2_M = \frac{S^2}{n}$$

$$n$$



Decisión Estadística: Se Rechaza Ho.

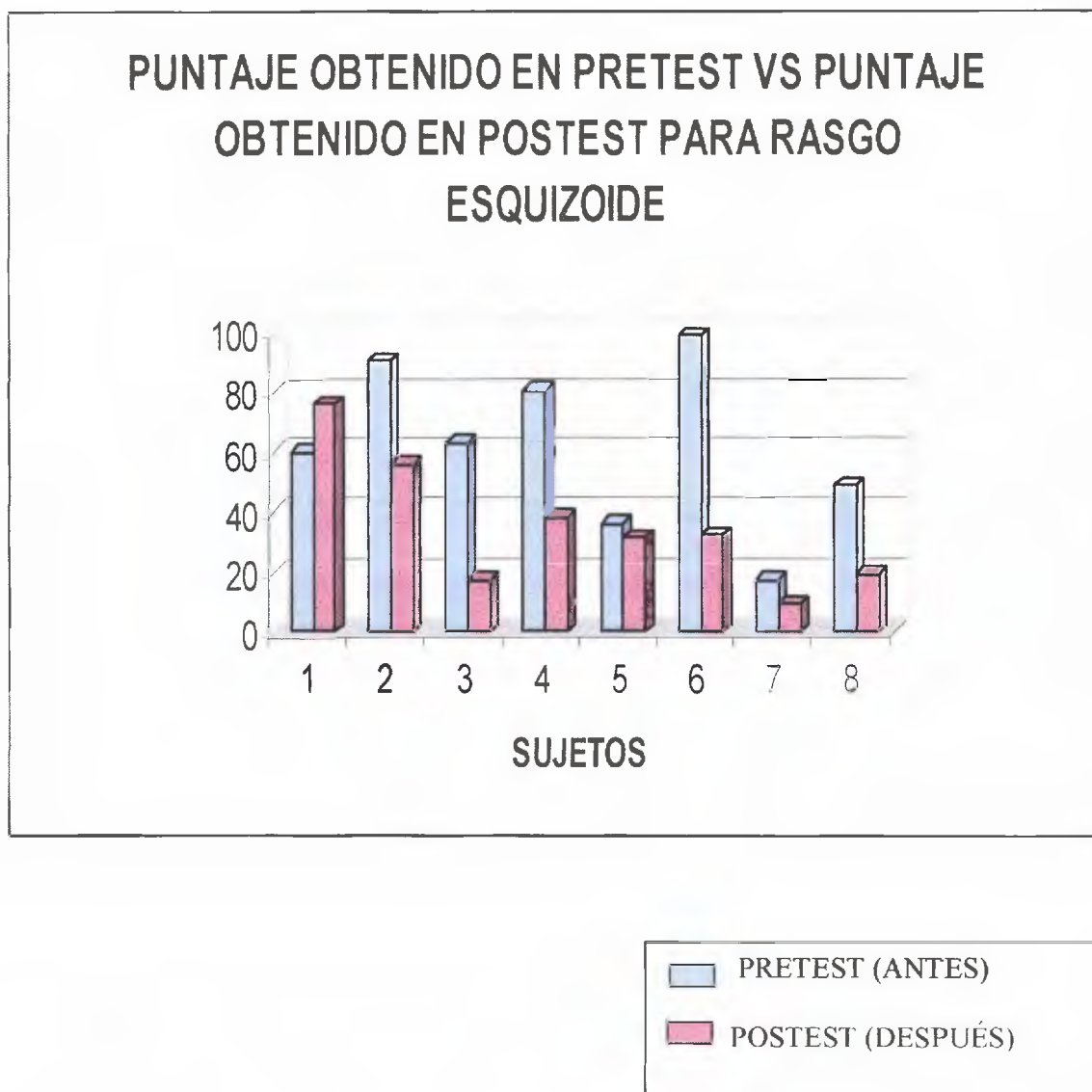
$$S^2_M = 88.99$$

$$SM = \sqrt{S^2}$$

$$SM = \sqrt{88.99}$$

$$SM = 9.43$$

GRÁFICO # 2

**CUADRO # 2**

En el Cuadro # 2, no se encontró inconveniente en los participantes a nivel de su conducta actuada, ya que dentro de la terapia se mostraban abiertos y espontáneos; pero, las puntuaciones de las pruebas indicaban que dentro de sus vivencias cotidianas, sucedía todo lo contrario. Arriba la representación gráfica.

CUADRO # 3:
FÓBICA

Sujeto	Antes	Después	d	d-Md	SC	H₀: $\mu = 0$ H_a: $\mu \neq 0$
1	49	68	19	6.75	45.5625	
2	35	54	19	6.75	45.5625	
3	28	14	-14	-26.2	689.0625	
4	5	38	33	20.75	430.5625	
5	2	31	29	16.75	280.5625	
6	35	32	-3	-15.2	232.5625	
7	6	9	3	-9.25	85.5625	
8	7	19	12	-0.25	0.0625	
n=8			98 Md = 12.25		$\sum d^2 = 1809.5$	

$$gl = n - 1 = 7$$

Md: Media de las diferencias.

$$Sc = 1809.5$$

$$t_o = \frac{Md - \mu}{S_m}$$

$$S_m$$

$$S^2 = \frac{Sc}{Gl}$$

$$t_o = \frac{12.25 - 0}{5.68}$$

$$Gl$$

$$5.68$$

$$t_o = 2.1567$$

$$tt = 2.365$$

$$S^2 = 258.5$$

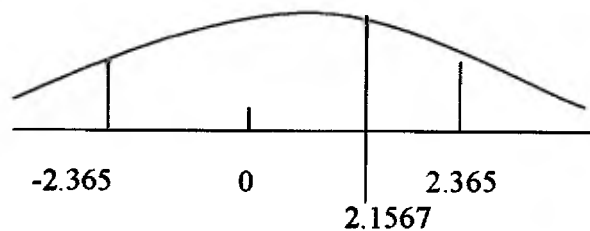
$$S^2_M = \frac{S^2}{n}$$

$$n$$

$$S^2_M = 32.3125 \quad SM = \sqrt{S^2} \quad SM = \sqrt{32.3125}$$

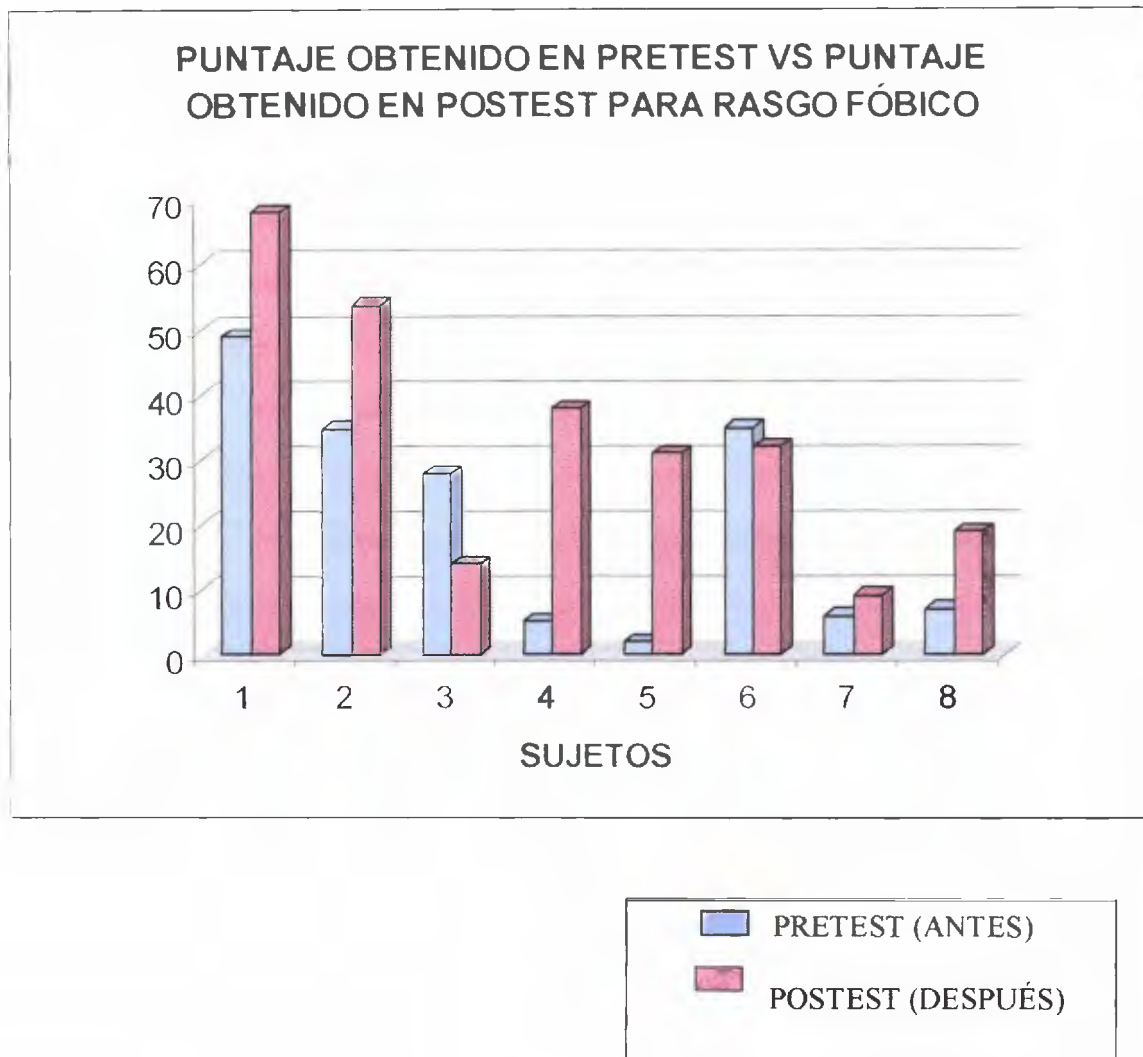
$$SM = 5.68$$

No se rechaza H₀



No se Rechaza H₀, por lo tanto **NO** se acepta la Hipótesis de Investigación, no existen diferencias significativas en el Rasgo Fóbico Antes y Después de Someterse a la Psicoterapia

GRÁFICO # 3



CUADRO # 3

Se observaron dentro del rasgo fóbico que las puntuaciones en la prueba antes de someterse a la terapia, fueron más altas que las puntuaciones de la prueba después que habían recibido tratamiento, excepto en el caso 3 y 6, como lo muestra la gráfica.

CUADRO # 4:

DEPENDIENTE

Sujeto	Antes	Después	d	d-Md	SC	H₀: $\mu = 0$ H_a: $\mu \neq 0$
1	3	98	95	79.38	6301.18	
2	109	95	-14	-29.6	877.34	
3	61	14	-47	-62.6	3921.26	
4	34	29	-5	-20.6	425.18	
5	69	107	38	22.38	500.86	
6	26	87	61	45.38	2059.34	
7	21	31	10	-5.62	31.58	
8	62	49	-13	-28.6	819.10	
n=8			125 Md = 15.62		$\Sigma d^2 = 14935.84$	

$$gl = n - 1 = 7$$

Md: Media de las diferencias.

$$Sc = 14935.84$$

$$t_o = \frac{Md - \mu}{\frac{Sc}{n}}$$

$$S_m$$

$$S^2 = \frac{Sc}{n}$$

$$t_o = \frac{15.62 - 0}{16.33}$$

$$Gl$$

$$16.33$$

$$t_o = 0.9565$$

$$S^2 = 2133.69$$

$$t_t = 2.365$$

$$S^2_M = \frac{S^2}{n}$$

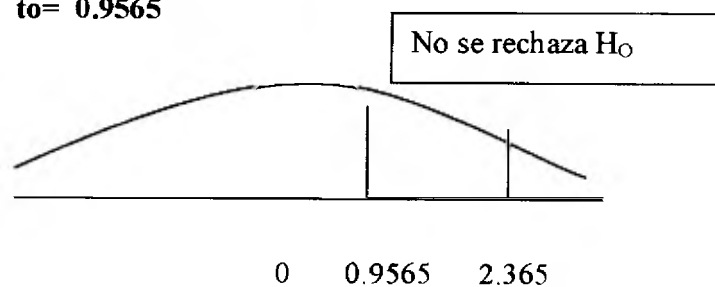
$$n$$

$$S^2_M = 266.71$$

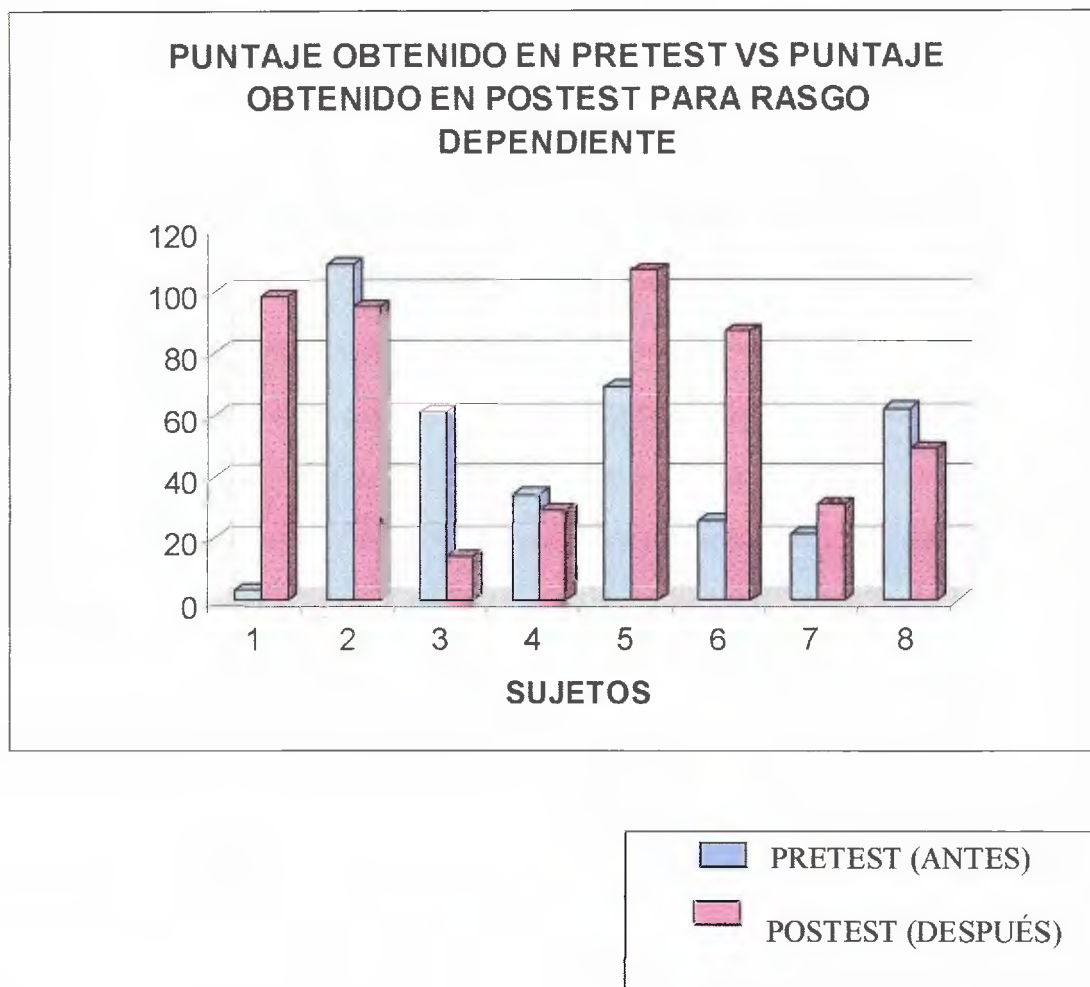
$$SM = \sqrt{S^2}$$

$$SM = \sqrt{266.71}$$

$$SM = 16.33$$



No se Rechaza H₀, por lo tanto NO se acepta la Hipótesis de Investigación, no existen diferencias significativas en el Rasgo Dependiente Antes y Después de Someterse a la Psicoterapia

GRÁFICO # 4**CUADRO # 4**

Con respecto al rasgo dependiente no se rechazó la hipótesis nula, indicando que no hubo diferencias significativas antes y después e inclusive se observó la tendencia a la elevación de los puntajes de la prueba después de recibir la terapia, como se observa en los casos 1, 5, 6, 7 y 8 en la representación gráfica.

CUADRO # 5:

HISTRIÓNICA

Sujeto	Antes	Después	d	d-Md	SC	H₀: $\mu = 0$ H_a: $\mu \neq 0$
1	85	100	15	4.88	23.81	
2	51	108	57	46.88	2197.73	
3	102	18	-84	-94.1	8858.57	
4	40	48	8	-2.12	4.49	
5	56	99	43	32.8	1081.09	
6	2	109	107	96.8	9385.73	
7	88	109	21	10.8	118.37	
8	110	24	-86	-96.1	9239.05	
n=8			81 Md = 10.125		$\sum d^2 = 30908.84$	

$$gl = n - 1 = 7$$

Md: Media de las diferencias.

$$Sc = 30908.84$$

$$t_o = \frac{Md - \mu}{Sm}$$

$$Sm$$

$$S^2 = \frac{Sc}{Gl}$$

$$t_o = \frac{10.125 - 0}{23.49}$$

$$Gl$$

$$23.49$$

$$tt = 2.365$$

$$t_o = 0.4308$$

$$S^2 = 4415.55$$

$$S^2 M = \frac{S^2}{n}$$

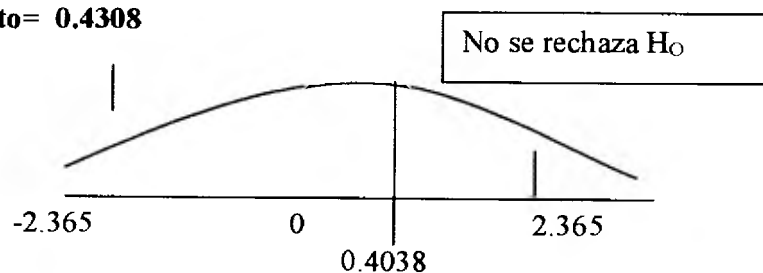
$$n$$

$$S^2 M = 551.94$$

$$SM = \sqrt{S^2 M}$$

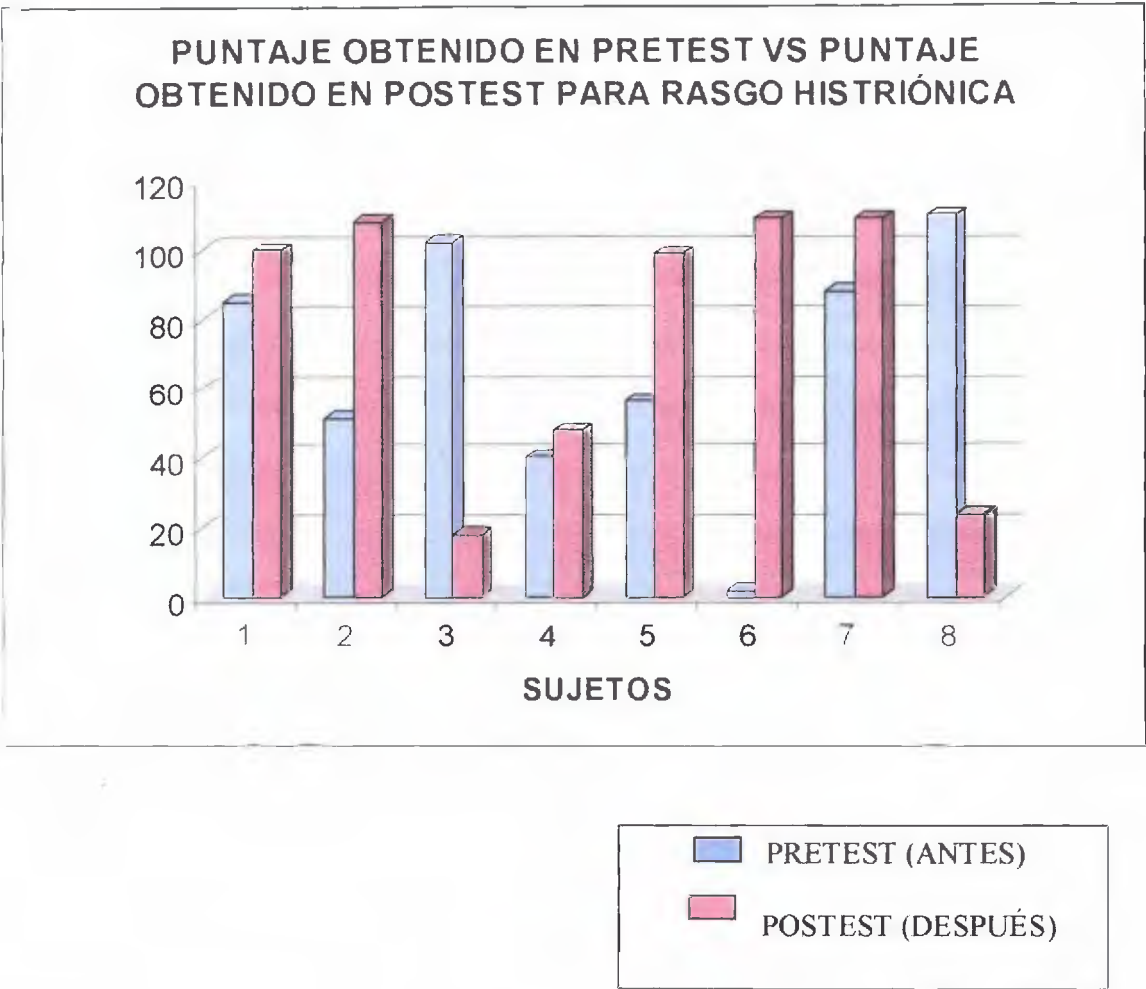
$$SM = \sqrt{551.94}$$

$$SM = 23.49$$



No se Rechaza H₀, por lo tanto NO se acepta la Hipótesis de Investigación, no existen diferencias significativas en el Rasgo Histriónico Antes y Después de Someterse a la Psicoterapia

GRÁFICO # 5



CUADRO # 5

En el rasgo histriónico no se rechazó la hipótesis nula, indicando que no hubo diferencias significativas en las puntuaciones de la prueba antes y después de la terapia; aunque, se observó que las puntuaciones de la prueba después de la terapia fueron en su mayoría elevadas. En la gráfica # 5 se puede observar claramente dicho aumento.

CUADRO # 6:**NARCISISTA**

Sujeto	Antes	Después	d	d-Md	SC	H₀: $\mu = 0$ H_a: $\mu \neq 0$
1	82	105	23	72.76	5294.0176	
2	105	105	0	49.76	2476.0576	
3	113	37	-76	-26.2	688.5376	
4	92	43	-49	0.76	0.5776	
5	76	31	-45	49.31	2431.4761	
6	8	108	-100	-50.2	2524.0576	
7	117	56	-61	-11.2	126.3376	
8	111	21	-90	-40.2	1619.2576	
n=8			-398 Md = - 49.76		$\Sigma d^2 = 15160.3193$	

$$gl = n - 1 = 7$$

Md: Media de las diferencias.

$$Sc = 15160.3193$$

$$t_o = \frac{Md - \mu}{S_m}$$

$$S_m$$

$$S^2 = \frac{Sc}{Gl}$$

$$t_o = \frac{-49.76 - 0}{16.45}$$

$$Gl$$

$$16.45$$

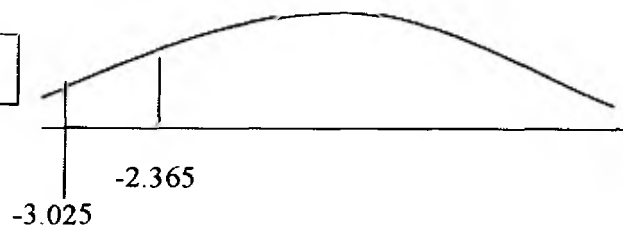
$$t_t = -2.365$$

$$t_o = -3.025$$

$$S^2 = 2165.7599$$

Se rechaza H₀

$$S^2_M = \frac{S^2}{n}$$



$$n$$

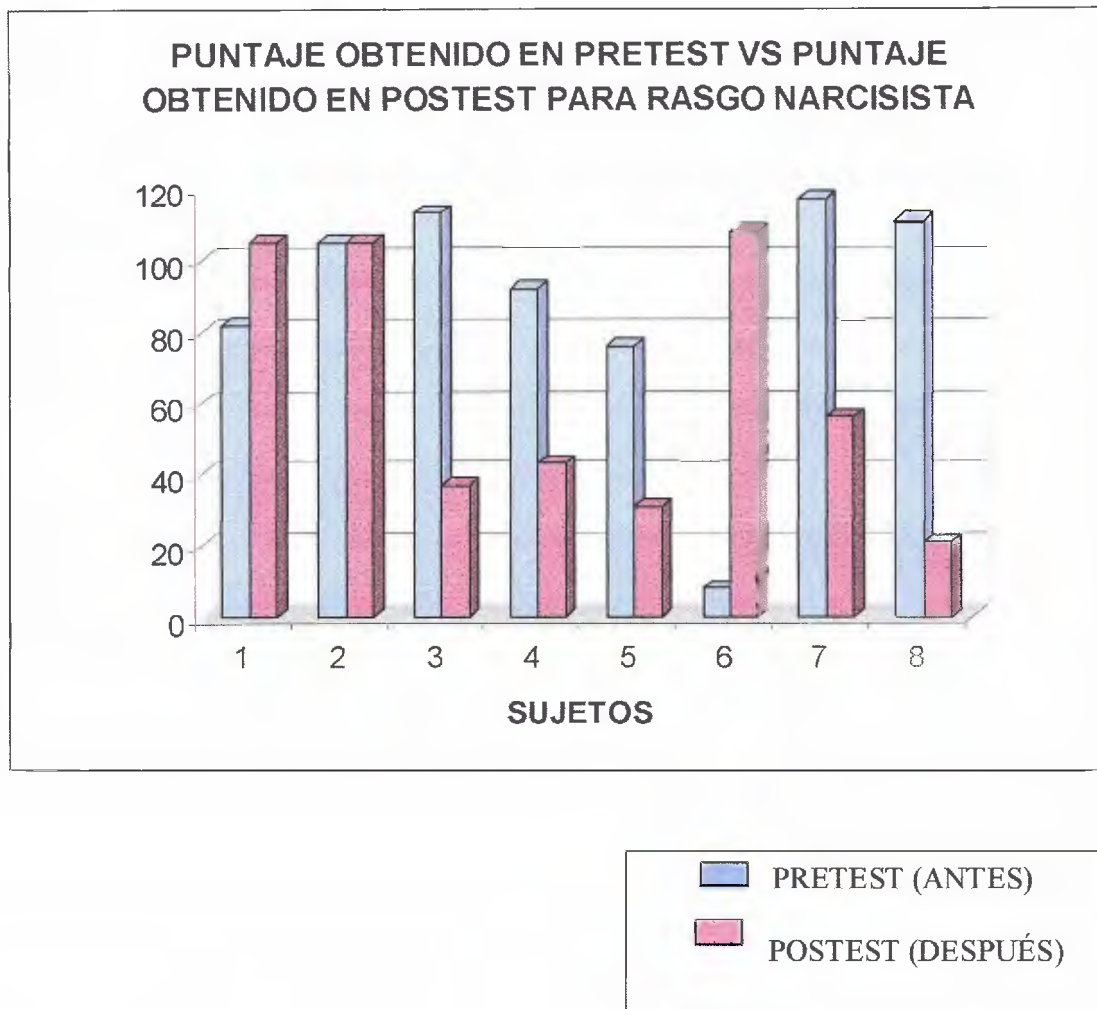
$$S^2_M = 270.72$$

$$SM = \sqrt{S^2}$$

$$SM = \sqrt{270.72}$$

$$SM = 16.45$$

Se Rechaza H₀, por lo tanto NO se acepta la Hipótesis de Investigación, no existen diferencias significativas en el Rasgo Fóbico Antes y Después de Someterse a la Psicoterapia

GRÁFICO # 6**CUADRO # 6**

En el Rasgo Narcisista, se rechaza la hipótesis nula; pues sí hubo diferencias significativas antes y después de haber recibido la terapia. Se observa que las puntuaciones fueron disminuyendo y se tornaron menos elevadas en algunos casos, en un caso se mantuvo igual y sólo en 2 casos se presentó puntajes más altos; después de haber recibido la terapia, como lo muestra la Gráfica # 6

CUADRO # 7:
AGRESIVO/SÁDICA

Sujeto	Antes	Después	d	d-Md	SC	H₀: $\mu = 0$ H_a: $\mu \neq 0$
1	114	103	-11	2.6	6.76	
2	65	80	15	28.6	817.96	
3	89	34	-55	-41.4	1713.96	
4	56	28	-28	-14.4	207.36	
5	49	13	-36	-22.4	501.76	
6	18	102	84	97.6	9525.76	
7	84	82	-2	11.6	134.56	
8	91	15	-76	89.6	8028.16	
N=8			-109 Md = - 13.62		$\Sigma d^2 = 20936.28$	

$$gl = n - 1 = 7$$

Md: Media de las diferencias.

$$Sc = 20936.28$$

$$t_o = \frac{Md - \mu}{Sm}$$

$$Sm$$

$$S^2 = \frac{Sc}{Gl}$$

$$t_o = \frac{-13.62 - 0}{19.33}$$

$$Gl$$

$$19.33$$

$$t_o = -0.7036$$

$$tt = -2.365$$

$$S^2 = 2990.8971$$

$$S^2 M = \frac{S^2}{n}$$

$$n$$

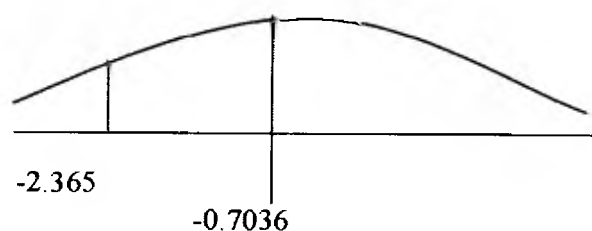
$$S^2 M = 373.86213$$

$$SM = \sqrt{373.86213}$$

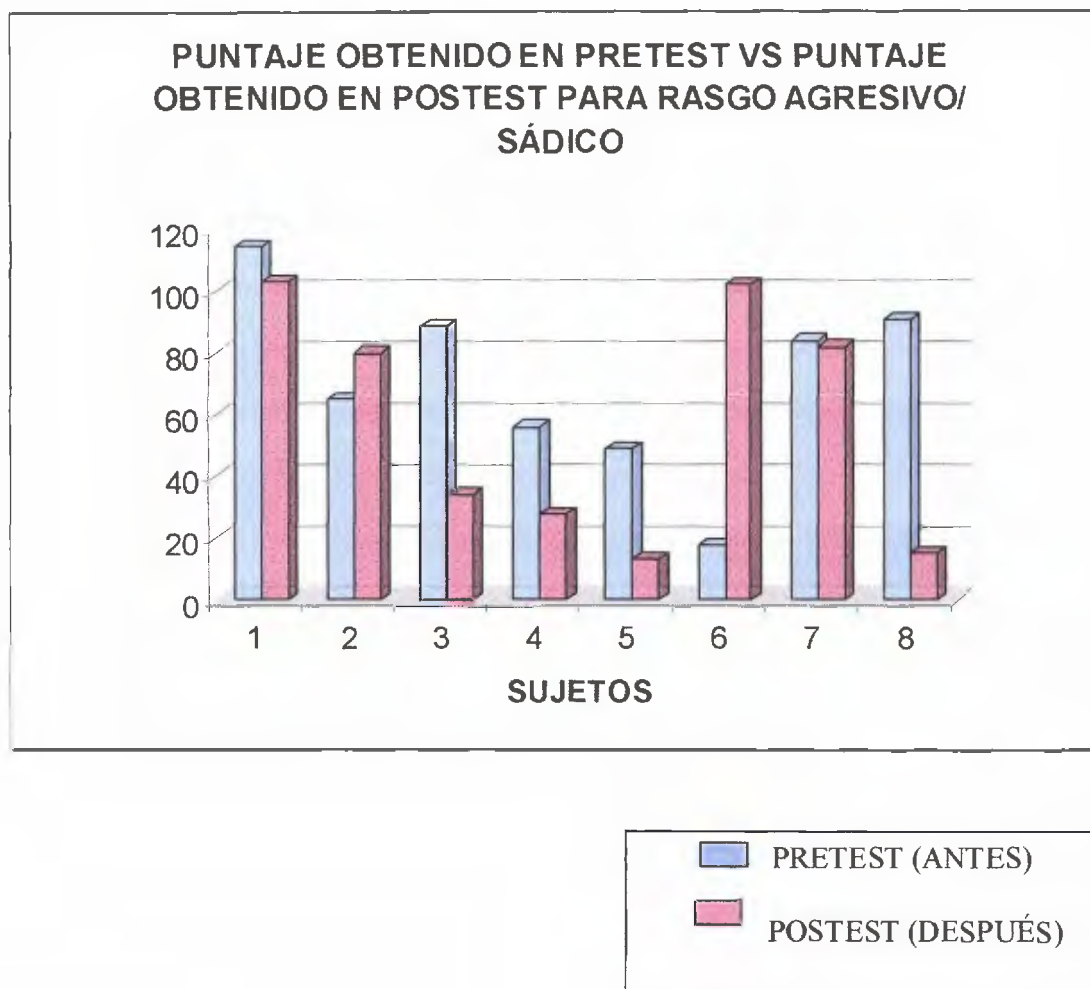
$$SM = \sqrt{S^2}$$

$$SM = 19.33$$

No se rechaza H₀



No se Rechaza H₀, por lo tanto NO se acepta la Hipótesis de Investigación, no existen diferencias significativas en el Rasgo Agresivo/ Sádico Antes y Después de Someterse a la Psicoterapia

GRÁFICO # 7**CUADRO # 7**

Para el rasgo agresivo- sádico, no se rechaza la hipótesis nula lo que indica que no hubo diferencias significativas en las puntuaciones antes y después del tratamiento; aunque, hubo una disminución de los puntajes después de haber recibido el tratamiento en la mayoría de los casos. En la representación gráfica se observa esta tendencia en los casos 1, 3, 4, 5 y 8

CUADRO # 8:**COMPULSIVA**

Sujeto	Antes	Después	d	d-Md	SC	Ho: $\mu = 0$ Ha: $\mu \neq 0$
1	42	106	64	83.12	6908.93	
2	120	99	-21	-1.88	3.53	
3	115	25	-90	-70.8	5023.97	
4	118	56	-62	-42.8	1838.69	
5	119	46	-73	-53.8	2903.05	
6	100	111	11	30.12	907.21	
7	54	60	6	25.12	631.01	
8	101	113	12	31.12	968.45	
n=8			-153 Md = - 19.12		$\sum d^2 = 19184.84$	

$$gl = n - 1 = 7$$

Md: Media de las diferencias.

$$Sc = 19184.84$$

$$t_o = \frac{Md - \mu}{Sm}$$

$$Sm$$

$$S^2 = \frac{Sc}{Gl}$$

$$t_o = \frac{-19.12 - 0}{18.51}$$

$$Gl$$

$$18.51$$

$$t_o = -1.0329$$

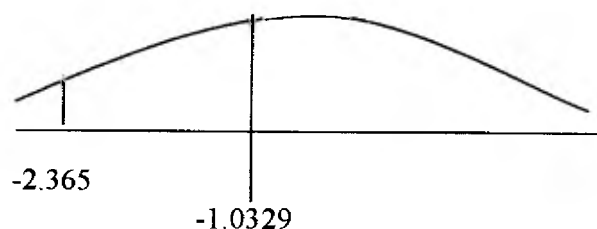
No se rechaza H_0

$$t_t = -2.365$$

$$S^2 = 2740.69$$

$$S^2 M = \frac{S^2}{n}$$

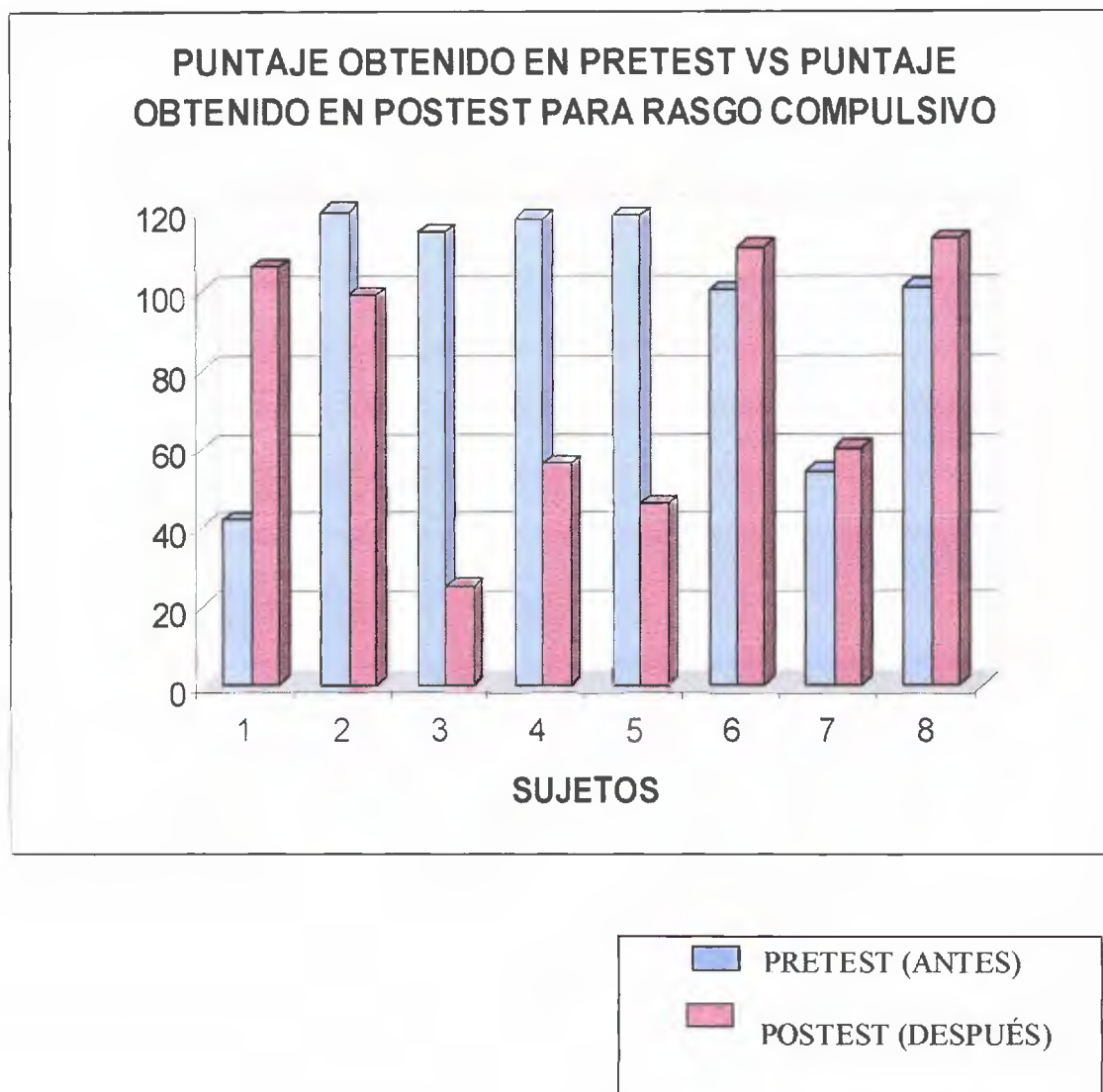
$$n$$



$$S^2 M = 342.59$$

$$SM = \sqrt{S^2 M} \quad SM = \sqrt{342.59} \quad SM = 18.51$$

No se Rechaza H_0 , por lo tanto **NO** se acepta la Hipótesis de Investigación, no existen diferencias significativas en el Rasgo Compulsivo Antes y Después de Someterse a la Psicoterapia

GRÁFICO # 8**CUADRO # 8**

No se rechaza la hipótesis nula en el rasgo Compulsivo, lo que quiere decir es que no hubo diferencias significativas en las puntuaciones de la prueba antes y después de haber recibido la terapia, como se puede observar en la Gráfica # 8

CUADRO # 9:
PASIVO/AGRESIVA

Sujeto	Antes	Después	d	d-Md	SC	H₀: $\mu = 0$ H_a: $\mu \neq 0$
1	98	81	17	-35	1225	
2	18	91	73	55	3025	
3	32	23	-9	- 27	729	
4	1	30	29	11	121	
5	22	49	27	9	81	
6	2	89	87	69	4761	
7	34	36	2	-16	256	
8	50	2	-48	-66	4356	
n=8			144 Md = 18		$\sum d^2 = 14554$	

gl= n - 1 =7
diferencias.

Md: Media de las

$$Sc = 14554$$

$$t_o = \frac{Md - \mu}{S_m}$$

S_m

$$S^2 = \frac{Sc}{n}$$

$$t_o = \frac{18 - 0}{16.12}$$

Gl

16.12

$$t_o = 1.1166$$

$$t_t = 2.365$$

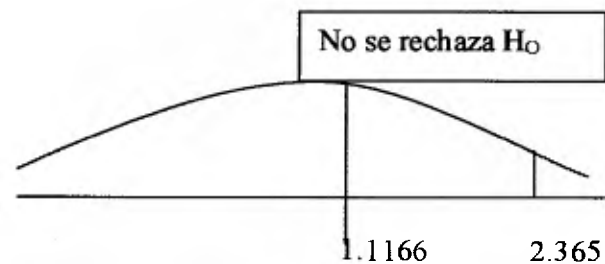
$$S^2 = 2079.14$$

$$S^2_M = \frac{S^2}{n}$$

n

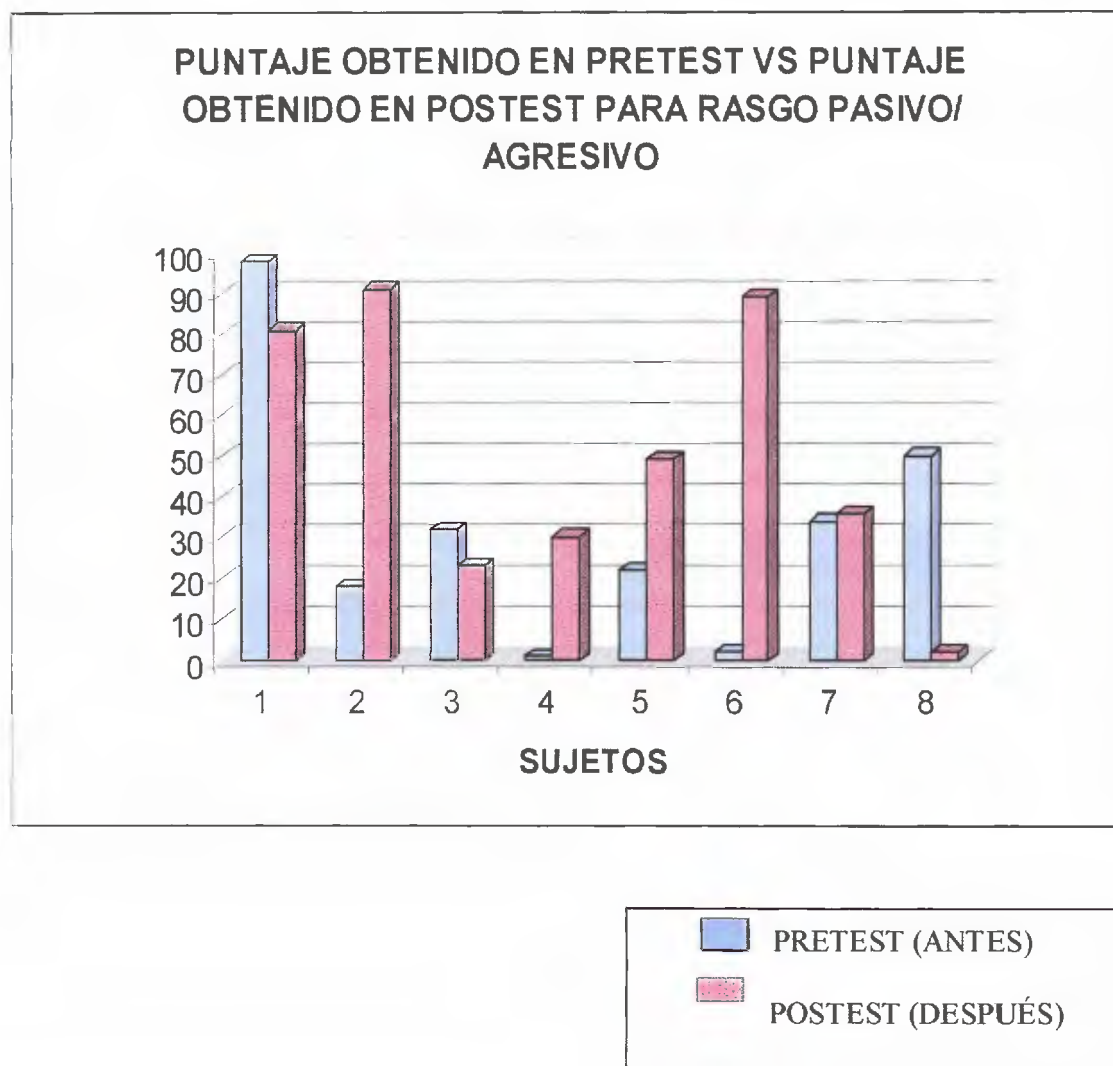
$$S^2_M = 259.89$$

$$SM = \sqrt{S^2} \quad SM = \sqrt{259.89} \quad SM = 16.12$$



No se Rechaza H₀, por lo tanto NO se acepta la Hipótesis de Investigación, no existen diferencias significativas en el Rasgo Pasivo/ Agresivo Antes y Después de Someterse a la Psicoterapia

GRÁFICO # 9



CUADRO # 9

En cuanto al rasgo Pasivo/ agresivo, no se rechaza la hipótesis nula, ya que no hubo diferencias significativas en las puntuaciones de la prueba después de haber recibido la terapia se observa una tendencia al aumento de las puntuaciones después de la terapia. La representación gráfica muestra dicha tendencia en los casos 2, 4, 5, 6 y 7

CUADRO # 10:
AUTODESTRUCTIVA

Sujeto	Antes	Después	d	d-Md	SC	H₀: $\mu = 0$ H_a: $\mu \neq 0$
1	71	57	-14	-34.4	1181.297	
2	27	88	61	40.6	1650.797	
3	38	9	-29	-49.4	2437.397	
4	4	44	40	19.6	385.337	
5	8	52	44	23.6	558.377	
6	6	43	37	16.6	276.557	
7	8	37	29	8.6	74.477	
8	16	11	-5	-25.4	643.637	
n=8			163 Md = 20.37		$\Sigma d^2 = 7207.8752$	

gl = n - 1 = 7
diferencias.

Md: Media de las

$$Sc = 7207.8752$$

$$t_o = \frac{Md - \mu}{S_m}$$

S_m

$$S^2 = \frac{Sc}{Gl}$$

Gl

$$t_o = \frac{20.37 - 0}{11.34} = 1.7963 \quad t_t = 2.365$$

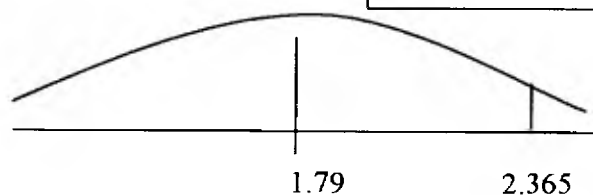
11.34

No se rechaza H₀

$$S^2 = 1029.6964$$

$$S^2_M = \frac{S^2}{n}$$

n

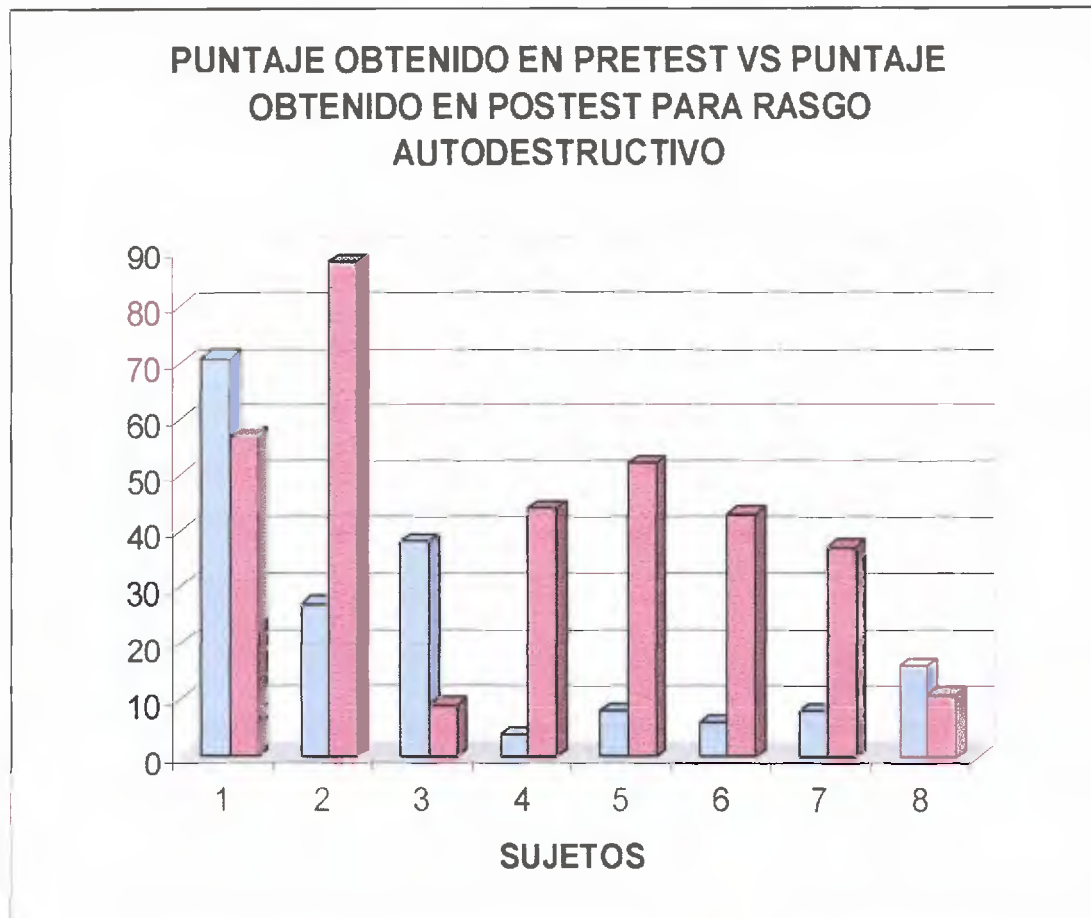


$$S^2_M = 128.7120 \quad S_M = \sqrt{S^2}$$

$$S_M = \sqrt{128.7120} \quad S_M = 11.34$$

No se Rechaza H₀, por lo tanto NO se acepta la Hipótesis de Investigación, no existen diferencias significativas en el Rasgo Autodestructivo Antes y Después de Someterse a la Psicoterapia

GRÁFICO # 10



■ PRETEST (ANTES)
■ POSTEST (DESPUÉS)

CUADRO # 10

En el rasgo Autodestructivo, no se rechaza la hipótesis nula, no se encontraron diferencias significativas en las puntuaciones de la prueba antes y después de haber recibido la terapia ya que se observó una tendencia al aumento de las puntuaciones después de haber recibido la terapia. Arriba la representación gráfica.

II. ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS

Para nuestra hipótesis de Investigación $\mu \neq 0$ no existen diferencias significativas antes y después. No podemos rechazar la Hipótesis Nula a un margen de significancia de 0.05, excepto en los rasgos Narcisista y Esquizoide: en ellos sí podemos rechazar nuestra hipótesis nula.

$H_0: \mu = 0$

$H_a: \mu \neq 0$

En los Síndromes Clínicos, se notaron cambios luego de la experiencia terapéutica, reconociendo que estos son frecuentemente transitorios y fáciles de modificar mediante una intervención terapéutica activa, a diferencia de los trastornos de personalidad, que representan características más estables y duraderas.

Las diferencias en los mecanismos de adaptabilidad y en las relaciones interpersonales se analizarán en base a los cambios observados en los patrones clínicos una vez concluyó la terapia. Además de emplear características individuales que se manifestaron al momento de realizar la Entrevista Clínica.

CAPÍTULO IV

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

CONCLUSIONES

Producto del análisis y la observación realizada durante el desarrollo de este estudio, podemos concluir lo siguiente:

1. Sólo se produjeron cambios en las Relaciones Interpersonales y Adaptabilidad de pacientes con predominio del Rasgo esquizoide y Narcisista, ya que estos mostraron diferencias significativas Antes y Después de ser sometidos a la Psicoterapia Breve con Orientación Cognitivo- Analítica.
2. El predominio de pacientes con Trastornos de Personalidad por Dependencia, determinó el desarrollo de las sesiones terapéuticas, donde la necesidad de responsabilizarse por otros, sus reacciones, su bienestar y la culpa por no poder asumir o resolver todos los problemas en sus relaciones interpersonales, fueron el tema central.
3. Los pacientes mostraron una fuerte tendencia a tomarse las cosas de un modo personal, se sentían diferentes del resto y señalaban tener dificultades en la toma de sus decisiones.

4. Aunque no se les aplicaron Test específicamente de Depresión y Ansiedad, en el Inventario reportaron altos niveles de estos síntomas.
5. Sus esquemas interpersonales fueron notablemente rígidos, ya que al inicio de la terapia no podían suponer que alguien tuviera una construcción de la realidad diferente a la que ellos experimentan.
6. Las experiencias tempranas no se evaluaron de manera profunda, pues los conflictos analizados se manejaron en el aquí y en el ahora al momento de la terapia. A lo que le podemos sumar que los aspectos de índole infantil se manejaron de manera grupal y puede esto haber limitado la expresión profunda y genuina de los mismos.
7. Los pacientes se beneficiaron con la psicoterapia de grupo, la misma le permitió sociabilizar, aspecto importantísimo en el logro de mejores habilidades sociales.
8. El manejo grupal permitió a los pacientes entender las necesidades de otros, ya que la terapia permitió centrarse en los conflictos actuales con otras personas e identificar los modelos mal adaptados de su conducta.

9. El hecho de que la terapia fuese grupal delimitó la dependencia del paciente hacia el terapeuta, y a la vez facilitó la toma de decisiones y la reafirmación de sus deseos de cambio.
10. En cuanto a los pacientes con rasgo Antisocial, el proceso funcional de la impulsividad se manifestaba intensamente al inicio de la terapia, pero se observó al final que ya había perdido su fuerza. En cuanto al atributo estructural de la crueldad, en algunos sujetos se observa la manifestación de este, pero dentro de su ambiente familiar y no en el grupo de terapia. La terapia les otorgó herramientas de aprendizaje para que ellos pudieran manejarse dentro de su ambiente familiar, logrando mayor adaptabilidad
11. La terapia le ayudó a los pacientes con rasgos Esquizoide a modificar la apertura emocional dentro de su ambiente familiar, después de haber recibido la terapia
12. En cuanto al rasgo fóbico; durante el tratamiento fueron manifestándose procesos de fantasía y atributos de estructura como la fragilidad con respecto a que las personas comenzaban a ser concientes de las descompensaciones que había sufrido durante su vida; situación que podía reflejarse en sus relaciones personales.

13. En el rasgo dependiente la experiencia de grupo permitió desarrollar la empatía y la convivencia emocional a nivel superficial y se intentó lograr que cada quien aprendiera de las vivencias de los otros; sin embargo, debido a las limitantes del tiempo (18 sesiones) no se fortalecieron las herramientas que edificaran en el *self* de los participantes patrones de independencia, fuera del contexto grupal de la terapia.
14. Luego de someterse a terapia el Rasgo Histriónico, tiende a mantenerse estable, ya que el grupo presenta un anclaje regresivo en la expresión de vivencias dolorosas del pasado y se da un espacio en donde sólo se tocaron temas emocionalmente fuertes de abuso, violencia, incesto, consumo de sustancias; etc, de manera que los miembros competían entre sí y medían quien narraba experiencias más dolorosas y se fijaron a ésta, negándose a adquirir fortalezas psicológicas en el aquí y en el ahora. Puede ser que tales vivencias fueran reales y les marcaron; sin embargo, el grupo disocia el contenido de los mismos; pues este episodio regresivo a nivel terapéutico los debilita.
15. En cuanto al Raso Narcisista, este tiende a disminuir ya que al momento de convivir en experiencias críticas y episodios traumáticos, los pacientes abandonaron su posición personal, para fundirse en la experiencia grupal, la cual requería de aceptación, calidez y empatía. Los procesos

funcionales de arrogancia y los atributos personales de artificialidad, resultaron incongruentes a la experiencia terapéutica.

16. Se produjo una disminución en el rasgo agresivo-sádico como resultado del intercambio emocionalmente reparador que permitió el proceso terapéutico, ya que se validaron las emociones y las conductas narradas en el grupo y se reforzaron las expectativas de cambios a nivel psicológico y emocional segregado de la experiencia colectiva; sin embargo dicha disminución no produjo un cambio significativo.

17. En los casos con rasgos Compulsivos, los procesos funcionales de disciplina y formación reactiva se reafirmaron en el grupo, ya que se hizo evidente la puntualidad y la demanda asertiva a las sesiones, una vez que se diera inicio a la experiencia terapéutica como tal; pues el grupo era intolerable ante los cambios de horario y las tardanzas de alguno de los miembros (aunque sólo fuera por 10 minutos) Este hecho valida el interés que los pacientes sentían por el proceso.

18. En el Rasgo Agresivo_ Pasivo se produjo un aumento debido a que los pacientes compartían las vivencias dolorosas de sus relaciones actuales y en su mayoría se presenta el aprendizaje necesario para manejar más asertivamente sus molestias por la cual se dio un desplazamiento de emociones hacia incidentes de menor importancia, en donde los

sentimientos se expresaron de manera sustituta. Sin embargo este aumento no representa un cambio significativo.

19. Los pacientes mantuvieron una tendencia masoquista, propia del rasgo Autodestructivo, la cual se basaba en recordar reiteradamente las desilusiones y angustias de sus relaciones personales. Esta se ocasionó debido a que se desarrolló una resistencia al cambio, el crecimiento dentro del proceso terapéutico y una negativa a hacer de los reveses de la vida una herramienta apta para el aprendizaje y despreciando el valor evolutivo de los mismos.

RECOMENDACIONES

1. El modelo psicoterapéutico empleado tiene solo veinte años de estarse utilizando, lo cual, nos permite contemplar la necesidad de más investigación.
2. Las recomendaciones dadas van más bien dirigidas a la necesidad de un mayor trabajo terapéutico e investigativo, en cuanto al manejo de los Trastornos de la Personalidad, debido a su frecuencia en la población general y a la comorbilidad que presentan con otras patologías exacerbando las mismas.
3. Lo fundamental con pacientes que presentan Trastornos de Personalidad, es facilitar los procesos reflexivos; pues la función del terapeuta es ayudar a comprender y poner nombre a los estados emocionales.
4. El terapeuta a través del proceso debe contener los sentimientos más que actuar sobre ellos, lo que proporciona al paciente una forma diferente de relación, que se complementa con cambios graduales a nivel de los procesos de pensamiento.

5. La psicoterapia debe reactivar la mentalización e intentar establecer una relación de empatía con el paciente, dando oportunidad a un contexto interpersonal en donde la comprensión de los estados mentales sea el foco.

6. Por haber trabajado con una gran diversidad de Trastornos de Personalidad, la efectividad de la Terapia se vio comprometida y no se pudo comprobar la Hipótesis de Investigación.

7. Para investigaciones futuras sería recomendable, realizar la Terapia sobre la base de un solo Trastorno o por lo menos un grupo de los mismos, ya que esto beneficiaría a la efectividad terapéutica.

8. Lo recomendable para estos casos es brindar sesiones de seguimiento en por lo menos seis meses, pues los pacientes aun mantienen contacto con la terapeuta.

BIBLIOGRAFÍA

Álvares, Ramiro. (2002). ***Para Salir del Laberinto***. España: Sal Terral.

Aron, Arthur; Aron, Elain. (2001). ***Estadística para Psicología***, (2ª ed.)
Argentina: Editorial Hall.

Beck, A., Freeman, A. & Assoc.(1995). ***Terapia Cognitiva de los Trastornos de Personalidad***. Barcelona: Paidós.

Beck, A., Rush, A.J.; Shaw, B. & Emery, G. (1983) ***Terapia Cognitiva de la Depresión***. Bilbao: Desclée de Brouwer.

BECK, Judith. (2000) ***Terapia Cognitiva: Conceptos Básicos y Algo Más***.
Barcelona: Gedisa Editorial.

Béla Székely, I.C. (Ed.). (1977). ***Diccionario de Psicología Aplicada***,
(2 Tomos). Argentina: Claridad

Bellack, L ; Small, L. (1970). ***Psicoterapia Breve de Emergencia***, (2ª ed.).
Traducción Mauricio González. México: PAX.

Bellock, A. y Fernández, Héctor. (1977). ***Trastornos de la Personalidad.***

España: Síntesis.

Berne, Eric. (1978). ***Introducción al Tratamiento de Grupo.*** Ediciones México:

Grijalbo, S. A.

Blackman, D. E. y Lejeune, H. (1990). ***Behaivoir Analysis in Theory and***

Practices. UK. Eribaum: Hobes.

Caballo, Vicente. (1997). ***Manual de Trastornos de la Personalidad..*** España:

Síntesis, S.A., España, 1997.

Caballo, Vicente.(2005) ***Manual para la Evaluación Clínica de los***

Trastornos Psicológicos.(2ª ed.). Madrid, España: Ediciones Pirámide S.A

Downs, Alan. (2007) ***¿Por qué no le encuentro sentido a mi vida?*** (2ªed.)

España: Paidós Ibérico, S.A.

First, M B.; Allen, F.; Harold P.; Masson, Alan. (2004). ***DSM-IV-TR: Manual***

De Diagnóstico Diferencial, (1ª ed.) Barcelona: Masson.

First, M B.; Allen, F.; Harold P.; Masson, Alan. (2004) ***DSM-IV: Manual***

De Diagnostico Diferencial. (1ª ed.) Barcelona: Masson.

Gallen, Maria-Anne; Neidhardt, Hans. (2007) ***El Eneagrama de Nuestras Relaciones***, (3 ed.). España: Editorial Desclée de Brower, S.A.

Gunderson, John. M.D. Gabbard, Glen M.D. (2002). ***Psicoterapia en los Trastornos de Personalidad***. Barcelona, España: (1ª ed.) Barcelona: Masson.

Greenberger, D.; PADESKY, Ch. (1998) ***El Control de tu Estado de Ánimo***. Barcelona: Paidós.

Gross, Richard D. (2004). ***Psicología de la Ciencia de la Mente***, (4ª ed.). México: Manual Moderno.

Hales, R. E. Yudofsky, S. C.; Talbott, J.A. (2000) ***Tratado de Psiquiatría***, Tomo 1, DSM, Unites States: The American Psychiatric Press,.

Kazdin, Alan. (2001). ***Metodología de Investigación en Psicología Clínica***, (3ªed.). Editorial México: Prentice Hall.

Kazdin, Alan. (1996) ***Modificación de la conducta y sus aplicaciones prácticas***. México: El manual moderno.

Leslie, J. C. (1996). ***Principes of behavior analysis***. Ámsterdam: Harwood

Academical.

López, Juan; Alino, Ibor;; Valdés, Manuel. (2001). ***Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales***. Barcelona, España: Editorial Masson.

Millon, T.; Everly, G. (1998). ***La personalidad y sus trastornos***. Barcelona Martínez Roca.

Millon, Theodore. (2004) ***Manual Práctico del Inventario Clínico Multiaxial de Millon II***, (6ª ed). España: TEA Ediciones.

Millon, Theodore. (1976). ***Psicopatología Moderna. Enfoque biosocial de los Aprendizajes erróneos y de los disfuncionalismos***. Barcelona: Salvat.

Kerlinger, Fred. (2003). ***Investigación del Comportamiento***, (4ª ed.). Madrid, España: Editorial McGraw Hill.

Kenrberg, Otto. (2005). ***Trastornos de la Personalidad***, (4ª ed.). México: Editorial Manual Moderno, S.A.

Real Academia Española. (2001) ***Diccionario de la Real Academia de la Lengua*** (20ª ed.). España: Editorial ESPASA-CALPE S.A.

Simon, Miguel. (2003). ***Psicología de la Salud***, (3ª ed.). España, Madrid:
Ediciones Pirámide S.A..

ANEXOS

ANEXO # 2

CITAS BIBLIOGRÁFICAS:

Página 2

1. Real Academia de la Lengua. (2001). **Diccionario de la Real Academia de la Lengua** (20 ed.) España: Editorial ESPASA-CALPE S.A.
2. Béla Székely, I.C. (Ed.). **Diccionario de Psicología Aplicada** (2 Tomos). **Argentina:** Claridad
3. Íbid. Pág 34

Página 3

4. Universidad de Harvard. (1922) **Estudio Experimental de los rasgos de Personalidad.** Cambridge, Massachusetts: Autor

Página 5

5. www.psicologia-online.com

Página 7

6. Millon, T.; Everly, G. (1994). **La personalidad y sus trastornos.** Barcelona: Martínez Roca.

Página 8

7. Béla Székely, I.C. Op. Cit. Pág. 843
8. Stern, Daniel. (1924). **Neurosis y psicosis.** Argentina: PAIDOS

Página 10

9. Millon, T. (1976). **Psicopatología Moderna. Enfoque biosocial de los aprendizajes erróneos y de los disfuncionalismos.** Barcelona: Salvat.

Página 11

10. First, M. B.; Allen, ; Harold P.; Masson, A. (2002) **DSM-IV-TR: Manual de Diagnóstico Diferencial** (1ª ed). Barcelona: Masson

Página 12

- 11. Íbid. Pág. 765
- 12. Íbid.. Pág. 766

Página 15

- 13.. Íbid. Pág. 779

Página 16

- 14.. Íbid. Pág. 780

Página 17

- 15.. Íbid. Pág. 781

Página 18

- 16.. Íbid. Pág. 782

Página 20

- 17.. Íbid. Pág. 783

Página 21

- 18.. Íbid. Pág. 784

Página 22

- 19.. Íbid. Pág. 785

Página 23

- 20. Freeman, Arthur. (1995). **Teoría de los Trastornos de la Personalidad (1 ed)**. Barcelona: PAIDOS. Pág. 62
- 21. Íbid. Pág. 63

Página 25

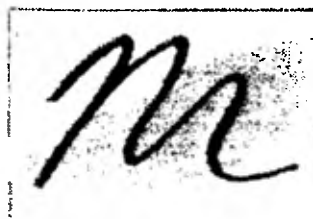
- 22. .First, M. B.; Allen, F.; Harold, P. ; Masson, A. **DSM-IV-TR: Manual de Diagnóstico Diferencial**. Op. Cit. Pág 765

PERFIL DE LAS CARACTERISTICAS DE LOS TRASTORNOS DE LA PERSONALIDAD

143

Trastorno de la personalidad	Concepción de sí mismo	Concepción de los demás	Principales creencias	Estrategia principal
Por Evitación	Vulnerable al desprestigio, al rechazo Socialmente inepto Incompetente	Crítico Despreciativos Superiores	Es terrible ser rechazado, humillado Si la gente conociera mi verdadero yo, me rechazaría. No tolero los sentimientos desagradables	Evitar las situaciones de evaluación. Evitar los pensamientos desagradables
Por dependencia	Necesitados Débil Desvalido Incompetente	(Idealizados) Generosos Brindan Apoyo Competentes	Necesito de la gente para sobrevivir, para ser feliz. Necesito un flujo constante de apoyo, de aliento	Cultivar relaciones de dependencia
Pasivo - Agresivo	Autosuficiente Vulnerable al control, a las interferencias	Intrusivos Exigentes Interfieren Controlan Dominan	Los otros interfieren en mi libertad de acción. Ser controlado por otros es intolerable. Las cosas deben hacerse a mi manera	Resistencia pasiva Sumisión superficial Eludir, trampear con las reglas.
Obsesivo- compulsivo	Responsable Rinde cuentas Fastidioso Competente	Irresponsable Despreocupados Incompetentes Autocomplacientes	Yo sé qué es lo mejor Los detalles son cruciales La gente debería trabajar mejor, esforzarse más	Aplicar las reglas Perfeccionismo Evaluar, controlar "Deberes", criticar, castigar
Paranoide	Justo Inocente, noble Vulnerable	Interfieren Maliciosos Discriminan Tienen móviles abusivos	Los móviles son sospechosos Hay que mantenerse en guardia No hay que confiar	Cautela Búsqueda de móviles ocultos Acusar Contraatacar
Antisocial	Solitario Autónomo Fuerte	Vulnerables Explotadores	Tengo derecho a violar las reglas Los otros son tontos Los otros son exploradores	Ataque, robo Engañar, manipular.
Narcisista	Especial, único Merece reglas especiales, es superior Está encima de las reglas	Inferiores Admiradores	Puesto que soy especial, merezco reglas especiales Estoy por encima de las reglas Soy mejor que los otros	Usar a los demás Saltarse las reglas Manipular Competir
Histriónico	Encantador Impresionante	Accesible a la seducción Receptivos Admiradores	La gente está para servirme o admirarme No tienen derecho a negarme lo que merezco Puedo guiarme por mis sentimientos	Teatralidad, encanto; estallido de mal genio Llanto; gestos suicidas
Esquizoide	Autosuficiente Solitario	Intrusivos	Los otros no me compensan Las relaciones son desastrosas, indeseables	Mantener la distancia

347



MCMII - II

INVENTARIO CLÍNICO MULTIAXIAL DE MILLON (II)

Datos socio-demográficos y clínicos

NOMBRE

Nº DE IDENTIFICACIÓN

FECHA DE NACIMIENTO

SEXO

☐ V ☐ M

ESTADO CIVIL

☐ No ha estado casado

☐ Casado en 1º matrimonio

☐ Casado (segundas nupcias o más)

☐ Separado

☐ Divorciado

☐ Vive en pareja

☐ Viudo

☐ Otros (especificar) _____

NIVEL DE ESTUDIOS CURSADOS (Marque con un aspa el nivel más alto que haya cursado)

☐ Primarios (hasta 6º de Educación Primaria)

☐ 3º de estudios universitarios

☐ 8º EGB o Graduado escolar

☐ Estudios universitarios

☐ ESO o FP

☐ Otros niveles (indicar) _____

☐ COU o Bachillerato

LUGAR DE ORIGEN Y RESIDENCIA (Marque con un aspa el que corresponda)

☐ Centro docente (Escuela, Universidad, etc.)

☐ Centro de Salud (consultas)

☐ Ingresado en un centro hospitalario o clínica

☐ Orientación o selección profesional

☐ Centros de detención

☐ Otros niveles (indicar) _____

LUGAR DE ORIGEN Y RESIDENCIA

Origen

Residencia

INDIQUE CON LOS NÚMEROS 1 Y 2 SUS DOS PRINCIPALES PROBLEMAS

☐ Matrimonial o familiar

☐ Confianza en sí mismo

☐ Trabajo, estudios o empleo

☐ Cansancio o enfermedad

☐ Soledad

☐ Alcohol

☐ Drogas

☐ Problemas mentales

☐ Conducta antisocial

☐ Otros (especificar) _____

OBSERVACIONES



Copyright © 1981, 1983, 1985, 1987, 1990, 1992, 1994, 1996, 1998, 2000, 2002, 2004, 2006, 2008, 2010, 2012, 2014, 2016, 2018, 2020, 2022, 2024, 2026, 2028, 2030, 2032, 2034, 2036, 2038, 2040, 2042, 2044, 2046, 2048, 2050, 2052, 2054, 2056, 2058, 2060, 2062, 2064, 2066, 2068, 2070, 2072, 2074, 2076, 2078, 2080, 2082, 2084, 2086, 2088, 2090, 2092, 2094, 2096, 2098, 2100, 2102, 2104, 2106, 2108, 2110, 2112, 2114, 2116, 2118, 2120, 2122, 2124, 2126, 2128, 2130, 2132, 2134, 2136, 2138, 2140, 2142, 2144, 2146, 2148, 2150, 2152, 2154, 2156, 2158, 2160, 2162, 2164, 2166, 2168, 2170, 2172, 2174, 2176, 2178, 2180, 2182, 2184, 2186, 2188, 2190, 2192, 2194, 2196, 2198, 2200, 2202, 2204, 2206, 2208, 2210, 2212, 2214, 2216, 2218, 2220, 2222, 2224, 2226, 2228, 2230, 2232, 2234, 2236, 2238, 2240, 2242, 2244, 2246, 2248, 2250, 2252, 2254, 2256, 2258, 2260, 2262, 2264, 2266, 2268, 2270, 2272, 2274, 2276, 2278, 2280, 2282, 2284, 2286, 2288, 2290, 2292, 2294, 2296, 2298, 2300, 2302, 2304, 2306, 2308, 2310, 2312, 2314, 2316, 2318, 2320, 2322, 2324, 2326, 2328, 2330, 2332, 2334, 2336, 2338, 2340, 2342, 2344, 2346, 2348, 2350, 2352, 2354, 2356, 2358, 2360, 2362, 2364, 2366, 2368, 2370, 2372, 2374, 2376, 2378, 2380, 2382, 2384, 2386, 2388, 2390, 2392, 2394, 2396, 2398, 2400, 2402, 2404, 2406, 2408, 2410, 2412, 2414, 2416, 2418, 2420, 2422, 2424, 2426, 2428, 2430, 2432, 2434, 2436, 2438, 2440, 2442, 2444, 2446, 2448, 2450, 2452, 2454, 2456, 2458, 2460, 2462, 2464, 2466, 2468, 2470, 2472, 2474, 2476, 2478, 2480, 2482, 2484, 2486, 2488, 2490, 2492, 2494, 2496, 2498, 2500, 2502, 2504, 2506, 2508, 2510, 2512, 2514, 2516, 2518, 2520, 2522, 2524, 2526, 2528, 2530, 2532, 2534, 2536, 2538, 2540, 2542, 2544, 2546, 2548, 2550, 2552, 2554, 2556, 2558, 2560, 2562, 2564, 2566, 2568, 2570, 2572, 2574, 2576, 2578, 2580, 2582, 2584, 2586, 2588, 2590, 2592, 2594, 2596, 2598, 2600, 2602, 2604, 2606, 2608, 2610, 2612, 2614, 2616, 2618, 2620, 2622, 2624, 2626, 2628, 2630, 2632, 2634, 2636, 2638, 2640, 2642, 2644, 2646, 2648, 2650, 2652, 2654, 2656, 2658, 2660, 2662, 2664, 2666, 2668, 2670, 2672, 2674, 2676, 2678, 2680, 2682, 2684, 2686, 2688, 2690, 2692, 2694, 2696, 2698, 2700, 2702, 2704, 2706, 2708, 2710, 2712, 2714, 2716, 2718, 2720, 2722, 2724, 2726, 2728, 2730, 2732, 2734, 2736, 2738, 2740, 2742, 2744, 2746, 2748, 2750, 2752, 2754, 2756, 2758, 2760, 2762, 2764, 2766, 2768, 2770, 2772, 2774, 2776, 2778, 2780, 2782, 2784, 2786, 2788, 2790, 2792, 2794, 2796, 2798, 2800, 2802, 2804, 2806, 2808, 2810, 2812, 2814, 2816, 2818, 2820, 2822, 2824, 2826, 2828, 2830, 2832, 2834, 2836, 2838, 2840, 2842, 2844, 2846, 2848, 2850, 2852, 2854, 2856, 2858, 2860, 2862, 2864, 2866, 2868, 2870, 2872, 2874, 2876, 2878, 2880, 2882, 2884, 2886, 2888, 2890, 2892, 2894, 2896, 2898, 2900, 2902, 2904, 2906, 2908, 2910, 2912, 2914, 2916, 2918, 2920, 2922, 2924, 2926, 2928, 2930, 2932, 2934, 2936, 2938, 2940, 2942, 2944, 2946, 2948, 2950, 2952, 2954, 2956, 2958, 2960, 2962, 2964, 2966, 2968, 2970, 2972, 2974, 2976, 2978, 2980, 2982, 2984, 2986, 2988, 2990, 2992, 2994, 2996, 2998, 3000, 3002, 3004, 3006, 3008, 3010, 3012, 3014, 3016, 3018, 3020, 3022, 3024, 3026, 3028, 3030, 3032, 3034, 3036, 3038, 3040, 3042, 3044, 3046, 3048, 3050, 3052, 3054, 3056, 3058, 3060, 3062, 3064, 3066, 3068, 3070, 3072, 3074, 3076, 3078, 3080, 3082, 3084, 3086, 3088, 3090, 3092, 3094, 3096, 3098, 3100, 3102, 3104, 3106, 3108, 3110, 3112, 3114, 3116, 3118, 3120, 3122, 3124, 3126, 3128, 3130, 3132, 3134, 3136, 3138, 3140, 3142, 3144, 3146, 3148, 3150, 3152, 3154, 3156, 3158, 3160, 3162, 3164, 3166, 3168, 3170, 3172, 3174, 3176, 3178, 3180, 3182, 3184, 3186, 3188, 3190, 3192, 3194, 3196, 3198, 3200, 3202, 3204, 3206, 3208, 3210, 3212, 3214, 3216, 3218, 3220, 3222, 3224, 3226, 3228, 3230, 3232, 3234, 3236, 3238, 3240, 3242, 3244, 3246, 3248, 3250, 3252, 3254, 3256, 3258, 3260, 3262, 3264, 3266, 3268, 3270, 3272, 3274, 3276, 3278, 3280, 3282, 3284, 3286, 3288, 3290, 3292, 3294, 3296, 3298, 3300, 3302, 3304, 3306, 3308, 3310, 3312, 3314, 3316, 3318, 3320, 3322, 3324, 3326, 3328, 3330, 3332, 3334, 3336, 3338, 3340, 3342, 3344, 3346, 3348, 3350, 3352, 3354, 3356, 3358, 3360, 3362, 3364, 3366, 3368, 3370, 3372, 3374, 3376, 3378, 3380, 3382, 3384, 3386, 3388, 3390, 3392, 3394, 3396, 3398, 3400, 3402, 3404, 3406, 3408, 3410, 3412, 3414, 3416, 3418, 3420, 3422, 3424, 3426, 3428, 3430, 3432, 3434, 3436, 3438, 3440, 3442, 3444, 3446, 3448, 3450, 3452, 3454, 3456, 3458, 3460, 3462, 3464, 3466, 3468, 3470, 3472, 3474, 3476, 3478, 3480, 3482, 3484, 3486, 3488, 3490, 3492, 3494, 3496, 3498, 3500, 3502, 3504, 3506, 3508, 3510, 3512, 3514, 3516, 3518, 3520, 3522, 3524, 3526, 3528, 3530, 3532, 3534, 3536, 3538, 3540, 3542, 3544, 3546, 3548, 3550, 3552, 3554, 3556, 3558, 3560, 3562, 3564, 3566, 3568, 3570, 3572, 3574, 3576, 3578, 3580, 3582, 3584, 3586, 3588, 3590, 3592, 3594, 3596, 3598, 3600, 3602, 3604, 3606, 3608, 3610, 3612, 3614, 3616, 3618, 3620, 3622, 3624, 3626, 3628, 3630, 3632, 3634, 3636, 3638, 3640, 3642, 3644, 3646, 3648, 3650, 3652, 3654, 3656, 3658, 3660, 3662, 3664, 3666, 3668, 3670, 3672, 3674, 3676, 3678, 3680, 3682, 3684, 3686, 3688, 3690, 3692, 3694, 3696, 3698, 3700, 3702, 3704, 3706, 3708, 3710, 3712, 3714, 3716, 3718, 3720, 3722, 3724, 3726, 3728, 3730, 3732, 3734, 3736, 3738, 3740, 3742, 3744, 3746, 3748, 3750, 3752, 3754, 3756, 3758, 3760, 3762, 3764, 3766, 3768, 3770, 3772, 3774, 3776, 3778, 3780, 3782, 3784, 3786, 3788, 3790, 3792, 3794, 3796, 3798, 3800, 3802, 3804, 3806, 3808, 3810, 3812, 3814, 3816, 3818, 3820, 3822, 3824, 3826, 3828, 3830, 3832, 3834, 3836, 3838, 3840, 3842, 3844, 3846, 3848, 3850, 3852, 3854, 3856, 3858, 3860, 3862, 3864, 3866, 3868, 3870, 3872, 3874, 3876, 3878, 3880, 3882, 3884, 3886, 3888, 3890, 3892, 3894, 3896, 3898, 3900, 3902, 3904, 3906, 3908, 3910, 3912, 3914, 3916, 3918, 3920, 3922, 3924, 3926, 3928, 3930, 3932, 3934, 3936, 3938, 3940, 3942, 3944, 3946, 3948, 3950, 3952, 3954, 3956, 3958, 3960, 3962, 3964, 3966, 3968, 3970, 3972, 3974, 3976, 3978, 3980, 3982, 3984, 3986, 3988, 3990, 3992, 3994, 3996, 3998, 4000, 4002, 4004, 4006, 4008, 4010, 4012, 4014, 4016, 4018, 4020, 4022, 4024, 4026, 4028, 4030, 4032, 4034, 4036, 4038, 4040, 4042, 4044, 4046, 4048, 4050, 4052, 4054, 4056, 4058, 4060, 4062, 4064, 4066, 4068, 4070, 4072, 4074, 4076, 4078, 4080, 4082, 4084, 4086, 4088, 4090, 4092, 4094, 4096, 4098, 4100, 4102, 4104, 4106, 4108, 4110, 4112, 4114, 4116, 4118, 4120, 4122, 4124, 4126, 4128, 4130, 4132, 4134, 4136, 4138, 4140, 4142, 4144, 4146, 4148, 4150, 4152, 4154, 4156, 4158, 4160, 4162, 4164, 4166, 4168, 4170, 4172, 4174, 4176, 4178, 4180, 4182, 4184, 4186, 4188, 4190, 4192, 4194, 4196, 4198, 4200, 4202, 4204, 4206, 4208, 4210, 4212, 4214, 4216, 4218, 4220, 4222, 4224, 4226, 4228, 4230, 4232, 4234, 4236, 4238, 4240, 4242, 4244, 4246, 4248, 4250, 4252, 4254, 4256, 4258, 4260, 4262, 4264, 4266, 4268, 4270, 4272, 4274, 4276, 4278, 4280, 4282, 4284, 4286, 4288, 4290, 4292, 4294, 4296, 4298, 4300, 4302, 4304, 4306, 4308, 4310, 4312, 4314, 4316, 4318, 4320, 4322, 4324, 4326, 4328, 4330, 4332, 4334, 4336, 4338, 4340, 4342, 4344, 4346, 4348, 4350, 4352, 4354, 4356, 4358, 4360, 4362, 4364, 4366, 4368, 4370, 4372, 4374, 4376, 4378, 4380, 4382, 4384, 4386, 4388, 4390, 4392, 4394, 4396, 4398, 4400, 4402, 4404, 4406, 4408, 4410, 4412, 4414, 4416, 4418, 4420, 4422, 4424, 4426, 4428, 4430, 4432, 4434, 4436, 4438, 4440, 4442, 4444, 4446, 4448, 4450, 4452, 4454, 4456, 4458, 4460, 4462, 4464, 4466, 4468, 4470, 4472, 4474, 4476, 4478, 4480, 4482, 4484, 4486, 4488, 4490, 4492, 4494, 4496, 4498, 4500, 4502, 4504, 4506, 4508, 4510, 4512, 4514, 4516, 4518, 4520, 4522, 4524, 4526, 4528, 4530, 4532, 4534, 4536, 4538, 4540, 4542, 4544, 4546, 4548, 4550, 4552, 4554, 4556, 4558, 4560, 4562, 4564, 4566, 4568, 4570, 4572, 4574, 4576, 4578, 4580, 4582, 4584, 4586, 4588, 4590, 4592, 4594, 4596, 4598, 4600, 4602, 4604, 4606, 4608, 4610, 4612, 4614, 4616, 4618, 4620, 4622, 4624, 4626, 4628, 4630, 4632, 4634, 4636, 4638, 4640, 4642, 4644, 4646, 4648, 4650, 4652, 4654, 4656, 4658, 4660, 4662, 4664, 4666, 4668, 4670, 4672, 4674, 4676, 4678, 4680, 4682, 4684, 4686, 4688, 4690, 4692, 4694, 4696, 4698, 4700, 4702, 4704, 4706, 4708, 4710, 4712, 4714, 4716, 4718, 4720, 4722, 4724, 4726, 4728, 4730, 4732, 4734, 4736, 4738, 4740, 4742, 4744, 4746, 4748, 4750, 4752, 4754, 4756, 4758, 4760, 4762, 4764, 4766, 4768, 4770, 4772, 4774, 4776, 4778, 4780, 4782, 4784, 4786, 4788, 4790, 4792, 4794, 4796, 4798, 4800, 4802, 4804, 4806, 4808, 4810, 4812, 4814, 4816, 4818, 4820, 4822, 4824, 4826, 4828, 4830, 4832, 4834, 4836, 4838, 4840, 4842, 4844, 4846, 4848, 4850, 4852, 4854, 4856, 4858, 4860, 4862, 4864, 4866, 4868, 4870, 4872, 4874, 4876, 4878, 4880, 4882, 4884, 4886, 4888, 4890, 4892, 4894, 4896, 4898, 4900, 4902, 4904, 4906, 4908, 4910, 4912, 4914, 4916, 4918, 4920, 4922, 4924, 4926, 4928, 4930, 4932, 4934, 4936, 4938, 4940, 4942, 4944, 4946, 4948, 4950, 4952, 4954, 4956, 4958, 4960, 4962, 4964, 4966, 4968, 4970, 4972, 4974, 4976, 4978, 4980, 4982, 4984, 4986, 4988, 4990, 4992, 4994, 4996, 4998, 5000, 5002, 5004, 5006, 5008, 5010, 5012, 5014, 5016, 5018, 5020, 5022, 5024, 5026, 5028, 5030, 5032, 5034, 5036, 5038, 5040, 5042, 5044, 5046, 5048, 5050, 5052, 5054, 5056, 5058, 5060, 5062, 5064, 5066, 5068, 5070, 5072, 5074, 5076, 5078, 5080, 5082, 5084, 5086, 5088, 5090, 5092, 5094, 5096, 5098, 5100, 5102, 5104, 5106, 5108, 5110, 5112, 5114, 5116, 5118, 5120, 5122, 5124, 5126, 5128, 5130, 5132, 5134, 5136, 5138, 5140, 5142, 5144, 5146, 5148, 5150, 5152, 5154, 5156, 5158, 5160, 5162, 5164, 5166, 5168, 5170, 5172, 5174, 5176, 5178, 5180, 5182, 5184, 5186, 5188, 5190, 5192, 5194, 5196, 5198, 5200, 5202, 5204, 5206, 5208, 5210, 5212, 5214, 5216, 5218, 5220, 5222, 5224, 5226, 5228, 5230, 5232, 5234, 5236, 5238, 5240, 5242, 5244, 5246, 5248, 5250, 5252, 5254, 5256, 5258, 5260, 5262, 5264, 5266, 5268, 5270, 5272, 5274, 5276, 5278, 5280, 5282, 5284, 5286, 5288, 5290, 5292, 5294, 5296, 5298, 5300, 5302, 5304, 5306, 5308, 5310, 5312, 5314, 5316, 5318, 5320, 5322, 5324, 5326, 5328, 5330, 5332, 5334, 5336, 5338, 5340, 5342, 5344, 5346, 5348, 5350, 5352, 5354, 5356, 5358, 5360, 5362, 5364, 5366, 5368, 5370, 5372, 5374, 5376, 5378, 5380, 5382, 538

HOJA DE RESPUESTAS

MARQUE CON UN ASPA LA RESPUESTA (V=VERDADERO; F= FALSO)
QUE MEJOR LE DESCRIBA A VD. Y A SU MANERA DE SER

*

V		F		V		F		V		F		V		F		V		F										
1				26				51				76				101				126				151				
2				27				52				77				102				127				152				
3				28				53				78				103				128				153				
4				29				54				79				104				129				154				
5				30				55				80				105				130				155				
6				31				56				81				106				131				156				
7				32				57				82				107				132				157				
8				33				58				83				108				133				158				
9				34				59				84				109				134				159				
10				35				60				85				110				135				160				
11				36				61				86				111				136				161				
12				37				62				87				112				137				162				
13				38				63				88				113				138				163				
14				39				64				89				114				139				164				
15				40				65				90				115				140				165				
16				41				66				91				116				141				166				
17				42				67				92				117				142				167				
18				43				68				93				118				143				168				
19				44				69				94				119				144				169				
20				45				70				95				120				145				170				
21				46				71				96				121				146				171				
22				47				72				97				122				147				172				
23				48				73				98				123				148				173				
24				49				74				99				124				149				174				
25				50				75				100				125				150				175				

*



INVENTARIO CLÍNICO MULTIAxIAL DE MILLON (II)

MCMI - II

Th. MILLON

INSTRUCCIONES

Añote todas sus contestaciones en la Hoja de respuestas que se le ha facilitado. NO ESCRIBA NADA EN ESTE CUADERNILLO.

Para contestar en la Hoja de respuestas utilice un LÁPIZ blando que escriba en color NEGRO y disponga de una goma de borrar para hacer las correcciones, cuando sea necesario.

Las páginas siguientes contienen una serie de frases usuales o expresiones que las personas suelen utilizar para describirse a sí mismas. Sirven para ayudarle a describir sus sentimientos y actitudes. SEA LO MÁS SINCERO POSIBLE.

No se preocupe si algunas cuestiones o frases le parecan extrañas; están incluidas para describir los diferentes problemas que puede tener la gente.

A continuación tiene dos ejemplos para que vea la forma de contestar en la Hoja de respuestas. Si ESTÁ DE ACUERDO con una frase o piensa que describe su forma de ser, RELLENE COMPLETAMENTE EL ESPACIO correspondiente a la letra "V" (Verdadero). Si por el contrario la frase no refleja ni caracteriza su forma de ser, RELLENE COMPLETAMENTE EL ESPACIO de letra "F" (Falso). Así:

1. "Soy un ser humano"
Como esta frase es verdadera para Vd. se ha rellenado completamente el espacio de la letra V (Verdadero).

2. "Mido más de tres metros"
Esta frase es falsa para Vd. por lo que se ha rellenado completamente el espacio de la letra F (Falso).

Hoja de Respuestas

	V	F
1.	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2.	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>

- Procure responder a todas las frases aunque no esté totalmente seguro. Es mejor contestar a todas pero si no es capaz de decidirse, debe rellenar el espacio de la letra F (Falso).
- Si se equivoca o quiere cambiar alguna respuesta, borre primero la respuesta equivocada y luego rellene el otro espacio.
- No hay límite de tiempo para contestar a todas las frases, pero lo mejor es hacerlo con rapidez.

NO ABRA ESTE CUADERNILLO HASTA QUE SE LO INDIQUEN



Copyright © 1976, 1981, 1983, 1985, 1987, 1990 by Theodore Millon.

Adaptación española: Alejandro Avila-Espada (Director) y cols. - Copyright © 1996 by TEA Ediciones, S.A. - Traducido y adaptado con permiso de NCS, National Computer Systems (USA) - Edita: TEA Ediciones, S.A.; Fray Bernardino de Sahagún, 24; 28038 MADRID - Prohibida la reproducción total o parcial. Todos los derechos reservados - Este cuadernillo está impreso en tintas verde y gris. Si se presentan otro en tinta negra, es una reproducción ilegal. En beneficio de la profesión y en el suyo propio: NO LA TRUQUE - Printed in Spain. Impreso en España por Imp. Castillas, S.L., Agustín Galvo, 47; 28043 MADRID - Depósito Legal: M. - 4.230 - 1996

1. Actúo siempre según mis propias ideas en vez de hacer lo que otros esperan que haga.
2. He encontrado siempre más cómodo hacer las cosas solo, tranquilamente, que hacerlas con otros.
3. Hablar con la gente ha sido casi siempre difícil y desagradable para mí.
4. Creo que tengo que ser enérgico y decidido en todo lo que hago.
5. Desde hace algunas semanas me pongo a llorar incluso cuando la menor cosa me sale mal.
6. Algunas personas piensan que soy vanidoso o egocéntrico.
7. Cuando era adolescente tuve muchos problemas por mi mal comportamiento en el colegio.
8. Tengo siempre la impresión de no ser aceptado en un grupo.
9. Frecuentemente critico a la gente que me molesta.
10. Me encuentro a gusto siguiendo a los demás.
11. Me gusta hacer tantas cosas diferentes que no sé por dónde empezar.
12. Algunas veces puedo ser bastante duro o mezquino con mi familia.
13. Tengo poco interés en hacer amigos.
14. Me considero una persona muy sociable o extravertida.
15. Sé que soy una persona superior a los demás y por eso no me preocupa lo que piensen.

16. La gente nunca ha apreciado suficientemente las cosas que he hecho.
17. Tengo problemas con la bebida que he intentado solucionar sin éxito.
18. Últimamente siento un nudo en el estómago y me invade un sudor frío.
19. Siempre he querido permanecer en segundo plano en las actividades sociales.
20. A menudo hago cosas sin ninguna razón, sólo porque pueden ser divertidas.
21. Me molesta mucho la gente que no es capaz de hacer las cosas bien.
22. Si mi familia me obliga o presiona, es probable que me enfade y me resista a hacer lo que ellos quieren.
23. Muchas veces pienso que me deberían castigar por las cosas que he hecho.
24. La gente se ríe de mí a mis espaldas, hablando de lo que hago o parezco.
25. Los demás parecen más seguros que yo sobre lo que son y lo que quieren.
26. Soy propenso a tener explosiones de llanto o cólera sin tener motivo.
27. Desde hace uno o dos años he comenzado a sentirme solo y vacío.
28. Tengo habilidad para "dramatizar" las cosas.
29. Me resulta difícil mantener el equilibrio cuando camino.
30. Disfruto en situaciones de intensa competitividad.

NO SE DETENGA, CONTÍNE EN LA PÁGINA SIGUIENTE

31. Cuando entro en crisis busco enseguida a alguien que me ayude.
32. Me protejo de los problemas no dejando que la gente sepa mucho sobre mí.
33. Casi siempre me siento débil y cansado.
34. Otras personas se enfadan mucho más que yo por las cosas molestas.
35. A menudo, mi adicción a las drogas me ha causado en el pasado bastantes problemas.
36. Últimamente me encuentro llorando sin ningún motivo.
37. Creo que soy una persona especial, que necesita que los demás me presten una atención especial.
38. Nunca me dejo engañar por gente que dice necesitar ayuda.
39. Una buena forma de conseguir un mundo en paz es fomentar los valores morales de la gente.
40. En el pasado he mantenido relaciones sexuales con muchas personas que no significaban nada especial para mí.
41. Me resulta difícil simpatizar con la gente que se siente siempre insegura con todo.
42. Soy una persona muy agradable y dócil.
43. La principal causa de mis problemas ha sido mi "mal carácter".
44. No tengo inconveniente en forzar a los demás a hacer lo que yo quiero.
45. En los últimos años, incluso las cosas sin importancia parecen deprimirme.
46. Mi deseo de hacer las cosas lo más perfectas posible muchas veces entorpece mi trabajo.
47. Soy tan callado y retraído que la mayoría de la gente no sabe ni que existo.
48. Me gusta coquetear con las personas del otro sexo.
49. Soy una persona tranquila y temerosa.
50. Soy muy variable y cambio de opiniones y sentimientos continuamente.
51. Me pongo muy nervioso cuando pienso en los acontecimientos del día.
52. Beber alcohol nunca me ha causado verdaderos problemas en mi trabajo.
53. Últimamente me siento sin fuerzas, incluso por la mañana.
54. Hace algunos años que he comenzado a sentirme un fracasado.
55. No soporto a las personas "sabihondas", que lo saben todo y piensan que pueden hacer cualquier cosa mejor que yo.
56. He tenido siempre miedo a perder el afecto de las personas que más necesito.
57. Parece que me aparto de mis objetivos, dejando que otros me adelanten.
58. Últimamente he comenzado a sentir deseos de tirar y romper cosas.
59. Recientemente he pensado muy en serio en quitarme de en medio.
60. Siempre estoy buscando hacer nuevos amigos y conocer gente nueva.

61. Controló muy bien mi dinero para estar preparado en caso de necesidad.
62. El año pasado aparecí en la portada de varias revistas.
63. Le gusto a muy poca gente.
64. Si alguien me criticase por cometer un error, rápidamente le reprocharía sus propios errores.
65. Algunas personas dicen que disfruto sufriendo.
66. Muchas veces expreso mi rabia y mal humor, y luego me siento terriblemente culpable por ello.
67. Últimamente me siento nervioso y bajo una terrible tensión sin saber por qué.
68. Muy a menudo pierdo mi capacidad para percibir sensaciones en partes de mi cuerpo.
69. Creo que hay personas que utilizan la telepatía para influir en mi vida.
70. Tomar las llamadas drogas "ilegales" puede ser indeseable o nocivo, pero reconozco que en el pasado las he necesitado.
71. Me siento continuamente muy cansado.
72. No puedo dormir, y me levanto tan cansado como al acostarme.
73. He hecho impulsivamente muchas cosas estúpidas que han llegado a causarme grandes problemas.
74. Nunca perdono un insulto ni olvido una situación molesta que alguien me haya provocado.
75. Debemos respetar a nuestros mayores y no creer que sabemos más que ellos.
76. Me siento muy triste y deprimido la mayor parte del tiempo.
77. Soy la típica persona de la que los otros se aprovechan.
78. Siempre hago lo posible por complacer a los demás, incluso si ellos no me gustan.
79. Durante muchos años he pensado seriamente en suicidarme.
80. Me doy cuenta enseguida cuando la gente intenta crearme problemas.
81. Siempre he tenido menos interés en el sexo que la mayoría de la gente.
82. No comprendo por qué, pero parece que disfruto haciendo sufrir a los que quiero.
83. Hace mucho tiempo decidí que lo mejor es tener poco que ver con la gente.
84. Estoy dispuesto a luchar hasta el final antes de que nadie obstruya mis intereses y objetivos.
85. Desde niño siempre he tenido que tener cuidado con la gente que intentaba engañarme.
86. Cuando las cosas son aburridas me gusta provocar algo interesante.
87. Tengo un problema con el alcohol que nos ha creado dificultades a mí y a mi familia.
88. Si alguien necesita hacer algo que requiera mucha paciencia, debería contar conmigo.
89. Probablemente tengo las ideas más creativas de entre la gente que conozco.

NO SE DETENGA, CONTÍNUE EN LA PÁGINA SIGUIENTE

90. No ha visto ningún coche en los últimos diez años.
91. No veo nada incorrecto en utilizar a la gente para conseguir lo que quiero.
92. El que me castiguen nunca me ha frenado de hacer lo que he querido.
93. Muchas veces me siento muy alegre y animado, sin ningún motivo.
94. Siendo adolescente, me fuí de casa por lo menos una vez.
95. Muy a menudo digo cosas sin pensarlas y luego me arrepiento de haberlas dicho.
96. En las últimas semanas me he sentido exhausto, agotado, sin un motivo especial.
97. Últimamente me he sentido muy culpable porque ya no soy capaz de hacer nada bien.
98. Algunas ideas me dan vueltas en la cabeza una y otra vez, y no consigo olvidarlas.
99. En los dos últimos años me he vuelto muy desanimado y triste sobre la vida.
100. Mucha gente ha estado espiando mi vida privada durante años.
101. No sé por qué, pero a veces digo cosas crueles para hacer sufrir a los demás.
102. Odio o tengo miedo de la mayor parte de la gente.
103. Expreso mi opinión sobre las cosas sin que me importe lo que otros puedan pensar.
104. Cuando alguien con autoridad insiste en que haga algo, es probable que lo eluda o bien que lo haga intencionadamente mal.

105. En el pasado el hábito de abusar de las drogas me ha hecho no acudir al trabajo.
106. Estoy siempre dispuesto a ceder ante los otros para evitar disputas.
107. Con frecuencia estoy irritable y de mal humor.
108. Últimamente ya no tengo fuerzas para luchar ni para defendirme.
109. Últimamente tengo que pensar las cosas una y otra vez sin ningún motivo.
110. Muchas veces pienso que no merezco las cosas buenas que me suceden.
111. Utilizo mi atractivo para conseguir la atención de los demás.
112. Cuando estoy solo, a menudo noto la fuerte presencia de alguien cercano que no puede ser visto.
113. Me siento desorientado, sin objetivos, y no sé hacia dónde voy en la vida.
114. Últimamente he sudado mucho y me he sentido muy tenso.
115. A veces siento como si necesitase hacer algo para hacerme daño a mí mismo o a otros.
116. La ley me ha castigado injustamente por delitos que nunca he cometido.
117. Me he vuelto muy sobresaltado y nervioso en las últimas semanas.
118. Sigo teniendo extraños pensamientos de los que desearía poder librarme.
119. Tengo muchas dificultades para controlar el impulso de beber en exceso.

NO SE DETENGA, CONTÍNE EN LA PÁGINA SIGUIENTE

- 120. Mucha gente piensa que no sirvo para nada.
- 121. Puedo llegar a estar muy excitado sexualmente cuando discuto o peleo con alguien a quien amo.
- 122. Durante años he conseguido mantener en el mínimo mi consumo de alcohol.
- 123. Siempre pongo a prueba a la gente para saber hasta dónde son de confianza.
- 124. Incluso cuando estoy despierto parece que no me doy cuenta de la gente que está cerca de mí.
- 125. Me resulta fácil hacer muchos amigos.
- 126. Me aseguro siempre de que mi trabajo esté bien planeado y organizado.
- 127. Con mucha frecuencia oigo cosas con tanta claridad que me molesta.
- 128. Mis estados de ánimo parecen cambiar de un día para otro.
- 129. No culpo a quien se aprovecha de alguien que se lo permite.
- 130. He cambiado de trabajo por lo menos más de tres veces en los últimos dos años.
- 131. Tengo muchas ideas muy avanzadas para los tiempos actuales.
- 132. Me siento muy triste y melancólico últimamente y parece que no puedo superarlo.
- 133. Creo que siempre es mejor buscar ayuda para lo que hago.
- 134. Muchas veces me enfado con la gente que hace las cosas lentamente.

- 135. Realmente me molesta la gente que espera que haga lo que yo no quiero hacer.
- 136. En estos últimos años me he sentido tan culpable que puedo hacer algo terrible contra mí.
- 137. Cuando estoy en una fiesta o reunión nunca me quedo al margen.
- 138. La gente me dice que soy una persona muy íntegra y moral.
- 139. Algunas veces me siento confuso y preocupado cuando la gente es amable conmigo.
- 140. El problema de usar drogas "ilegales" me ha causado discusiones con mi familia.
- 141. Me siento muy incómodo con personas del otro sexo.
- 142. Algunos miembros de mi familia dicen que soy egoísta y que sólo pienso en mí mismo.
- 143. No me importa que la gente no se interese por mí.
- 144. Francamente, miento con mucha frecuencia para salir de dificultades o problemas.
- 145. La gente puede hacerme cambiar de ideas fácilmente, incluso cuando pienso que ya había tomado una decisión.
- 146. Algunos han tratado de dominarme, pero he tenido fuerza de voluntad para superarlo.
- 147. Mis padres me decían con frecuencia que no era bueno.
- 148. A menudo la gente se irrita conmigo cuando les doy órdenes.
- 149. Tengo mucho respeto por los que tienen autoridad sobre mí.

NO SE DETENGA, CONTÍNE EN LA PÁGINA SIGUIENTE

150. No tengo casi ningún lazo íntimo con los demás.
151. En el pasado la gente decía que yo estaba muy interesado y que me apasionaba por demasiadas cosas.
152. En el último año he cruzado el Atlántico más de treinta veces.
153. Estoy de acuerdo con el refrán: "Al que madruga Dios le ayuda".
154. Me merezco el sufrimiento que he padecido a lo largo de mi vida.
155. Mis sentimientos hacia las personas importantes en mi vida, muchas veces han oscilado entre amarlas y odiarlas.
156. Mis padres nunca se ponían de acuerdo entre ellos.
157. En alguna ocasión he bebido diez copas o más sin llegar a emborracharme.
158. Cuando estoy en una reunión social, en grupo, casi siempre me siento tenso y controlado.
159. Tengo en alta estima las normas y reglas porque son una buena guía a seguir.
160. Desde que era niño he ido perdiendo contacto con la realidad.
161. Rara vez me emociono mucho con algo.
162. Habitualmente he sido un andariego inquieto, vagando de un sitio a otro sin tener idea de dónde terminaría.
163. No soporto a las personas que llegan tarde a las citas.

164. Gente sin escrúpulos intenta con frecuencia aprovecharse de lo que yo he realizado o ideado.
165. Me irrita mucho que alguien me pida que haga las cosas a su modo en vez de al mío.
166. Tengo habilidad para tener éxito en casi todo lo que hago.
167. Últimamente me siento completamente destrozado.
168. A la gente que quiero, parece que la animo a que me hiera.
169. Nunca he tenido pelo, ni en mi cabeza ni en mi cuerpo.
170. Cuando estoy con otras personas me gusta ser el centro de atención.
171. Personas que en un principio he admirado grandemente, más tarde me han defraudado al conocer la realidad.
172. Soy el tipo de persona que puede abordar a cualquiera y echarle una bronca.
173. Prefiero estar con gente que me protegerá.
174. He tenido muchos períodos en mi vida que he estado tan animado y he demochado tanta energía que luego me he sentido muy bajo de ánimo.
175. En el pasado he tenido dificultades para abandonar el abuso de drogas y de alcohol.

FIN DE LA PRUEBA.

COMPRUEBE, POR FAVOR,
QUE NO HA DEJADO
NINGUNA FRASE SIN CONTESTAR

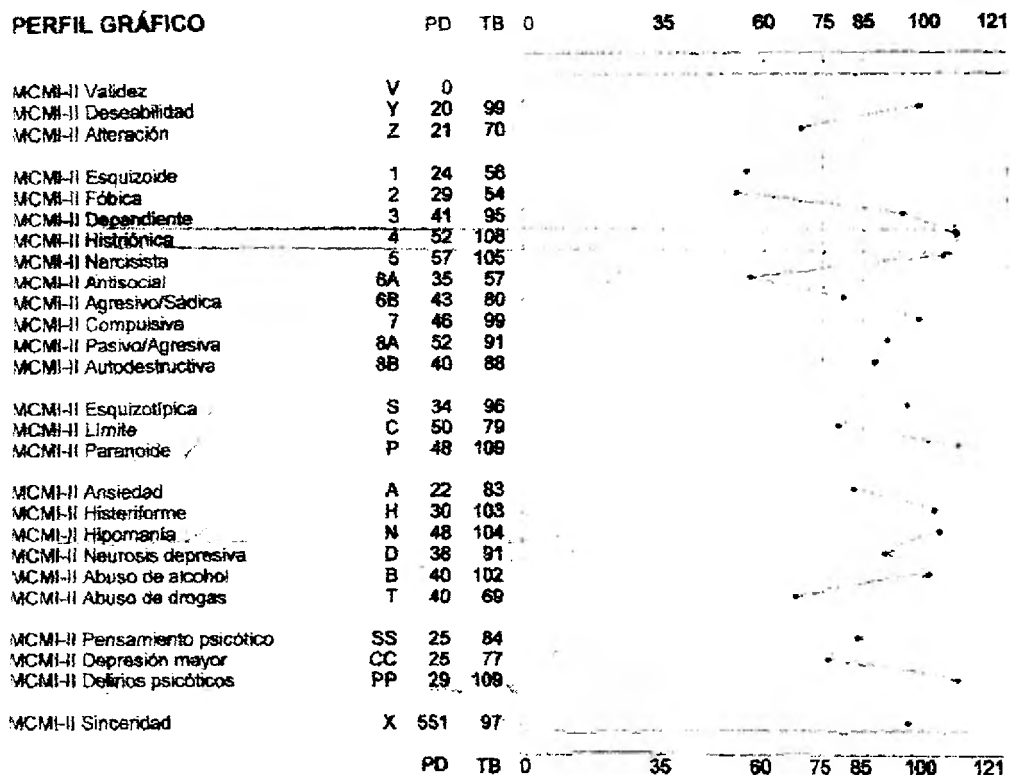
MCMI-II inventario Multiaxial Clínico de Millon

DATOS PERSONALES

D.N.I.: _____ Nombre: _____
 Edad: _____ Sexo: _____ Fecha: 1/12/2007
 Responsable: ONEIDA RUIZ
 Barreno: Clínicos varones Esp.

Duración episodio (Eje I) No es paciente

PERFIL GRÁFICO



DIRECCION DE BIBLIOTECAS

Periodo: ENERO - DICIEMBRE

Condición: Permanente

Año: 2010

NO	CÉDULA	NOMBRE	FIRMA	FECHA	OBSERVACIÓN	No.
37	08-00-0203-00501	ESTEBAN ARIAS	<i>E. Arias</i>	8-4-11		1
38	09-00-0198-00348	ETANISLAO ARAUZ	<i>E. Arauz</i>			0
39	08-00-0303-00150	FERNANDO CEDEÑO	<i>F. Cedeño</i>	5/4/11		2
40	08-00-0397-00054	FRANCIA E SICOURET	<i>F. Sicouret</i>	13/04/11		2
41	10-00-0004-01959	FRANCISCA CHIARI	<i>F. Chiari</i>	13/13/11		1
42	08-00-0236-02525	GIOVANA J DE TEJADA <i>x</i>	<i>G. Tejada</i>	12/4/11		1
43	08-00-0212-00237	GRISELDA FLORES	<i>G. Flores</i>	19/4/11		2
44	08-00-0525-01028	GRISELDA M. MARTINEZ	<i>G. Martinez</i>	7/4/11		1
45	08-00-0404-00750	HECTOR MUNOZ	<i>H. Munoz</i>	12-4-11		2
46	08-00-0256-00028	HECTOR PENALBA	<i>H. Penalba</i>	5-4-11		1
47	05-00-0013-02478	IDALINDA SANTANA R.	<i>I. Santana</i>	13-4-11		1
48	08-00-0415-00148	IRIS ELENA ANDERSON	<i>I. Anderson</i>	5-4-11		1
49	09-00-0158-00146	IRMA VALDESPINO	<i>I. Valdespino</i>	5-4-11		2
50	02-00-0084-00849	ISABEL QUIROS	<i>I. Quiros</i>			1
51	08-00-0325-00812	ISMELDA A. SANCHEZ	<i>I. Sanchez</i>			1
52	09-00-0106-02233	JAIME HERNANDEZ	<i>J. Hernandez</i>	5/4/11		2
53	08-00-0394-00023	JOCELYN JAEN S.	<i>J. Jaen</i>	5-4-11		1
54	08-00-0238-01036	JOSE A DEL CID	<i>J. Del CID</i>	5-4-11	<i>aplicación</i>	2
55	03-00-0073-02178	JOSE A. URRIOIA	<i>J. Urrioia</i>			1
56	08-00-0207-02723	JOSE CERRUD	<i>J. Cerrud</i>	4/4/11		1
57	02-00-0083-01586	JOSE M INSTURAIN				1
58	09-00-0114-02754	JUANA HERNANDEZ	<i>J. Hernandez</i>	5/4/2011		2
59	08-00-0351-00712	JULIA BARRERA	<i>J. Barrera</i>	13/4/2011		2
60	08-00-0406-00804	LARITZA A. VERGARA S.	<i>L. Vergara</i>	5/4/2011		2
61	08-00-0213-02481	LIDIA NOGUERA	<i>L. Noguera</i>	6/4/2011		1
62	08-00-0515-01855	LISBETH I. AMAYA D.				1
63	08-00-0301-00223	LOURDES B. CAMPBELL	<i>L. Campbell</i>	7/4/2011		1
64	07-00-0102-00065	LUIS A. SAEZ S.	<i>L. Saez</i>	7/4/11	<i>Luis</i>	1
65	08-00-0185-00904	LUIS C DE GRACIA H	<i>L. De Gracia</i>	8/4/2011		1
66	08-00-0730-00575	LUIS RODRIGUEZ	<i>L. Rodriguez</i>	11/4/11		2
67	08-00-0162-00181	LUZ M. GUARDIA	<i>L. Guardia</i>	11/4/11		1
68	00-N-0020-00557	LUZ MARINA HERNANDEZ C.	<i>L. Hernandez</i>	5/4/2011		1
69	08-00-0220-00043	MARCOS A. RIVERA T.	<i>M. Rivera</i>	11/4/11		1
70	08-00-0348-00851	MARIA DEL C RODRIGUEZ	<i>M. Rodriguez</i>	8-4-11		1
71	04-00-0097-01773	MARIA I MIRANDA				0
72	08-00-0513-01441	MARIELVA RODRIGUEZ	<i>M. Rodriguez</i>	19/4/11		1
73	08-00-0202-00756	MARTA B. DE QUINTERO	<i>M. De Quintero</i>	13-4-11		1
74	08-00-0322-00370	MILEIDE C. ABREGO O.	<i>M. Abrego</i>	12/4/11		1
75	07-00-0078-00612	NILDA R. DE RODRIGUEZ	<i>N. Rodriguez</i>	8/4/11		2
76	10-00-0007-01315	NORELVIS CAMPOS	<i>N. Campos</i>	5/4/11		1
77	09-00-0130-00657	NORIS A. BARSALLO	<i>N. Barsallo</i>	11/4/11		2
78	08-00-0241-00050	OMAR ESCOBAR	<i>O. Escobar</i>	5/4/11	<i>aplicación</i>	1
79	09-00-0205-00313	PEREGRINA OLIVERO	<i>P. Olivero</i>	8/4/11		1